

**Diplomarbeit**

**Einfluss des Resilienzstatus von Eltern auf das Entstehen  
frühkindlicher Essstörungen im Alter von 0-5 Jahren**

eingereicht von

**Jutta Bernadette Tomandl**

21.06.1986

zur Erlangung des akademischen Grades  
**Doktor(in) der gesamten Heilkunde**  
**(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Klinischen Abteilung für Allgemeine Pädiatrie**

unter der Anleitung von

**Prof.in Dr.in Marguerite Dunitz-Scheer**  
**und Mag.a Sabine Marinschek**

Graz, am 27.11.2012

# Eidesstattliche Erklärung

---

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am 27.11.2012*

# Vorwort

---

In den letzten Jahrzehnten hat ein Paradigmenwechsel vor allem in der Literatur und Forschung in der Medizin stattgefunden, der den Blickwinkel von den pathogenetischen Faktoren auf die salutogenetischen Aspekte erweitert hat.

Schon während meiner Studienzeit bestand für mich großes Interesse, neben den Krankheitsursachen auch die Faktoren zu erforschen, die den Menschen gesund halten beziehungsweise ihn durch schwierigen Zeiten hindurch wieder gesund werden lassen.

Durch die Erfahrung in diversen Praktika, den Austausch mit KollegInnen und Durcharbeiten verschiedener Literatur bin ich auf den Begriff der Resilienz gestoßen. Ich konnte in der Praxis das alltägliche Phänomen der Resilienz beobachten und wollte die verschiedenen Aspekte und Dimensionen des ressourcenorientierten Ansatzes näher beleuchten.

Resilienz steht im Zusammenhang mit einer gesunden Entwicklung des Kindes. Das familiäre Umfeld spielt dabei eine bedeutsame Rolle. Laut aktueller Resilienzforschung stellt ein positiver Resilienzstatus der Eltern ein Schutzfaktor für die gesamte Entwicklung der Kinder dar. So habe ich einen Aspekt der Kindheitsentwicklung, die Essentwicklung näher betrachtet und versucht, mit den verschiedenen Resilienzfaktoren, Risiko- und Schutzfaktoren in Verbindung zu setzen. Mein besonderer Blickpunkt lag vor allem in der Eltern-Kind-Beziehung.

Während meiner Forschungsarbeiten kam es zu vielen Gesprächen mit Eltern über das Essverhalten ihrer Kinder, wobei mir bewusst wurde, wie präsent dieses Thema in der Gesellschaft ist. Aufgrund der vielen Bücher und Angeboten kommt es oft zu Unsicherheiten in der Verpflegung der Kinder. Wann, was, wie viel steht häufig im Vordergrund. Jedoch konnte ich in meiner Recherche feststellen, dass insbesondere das Wie einen zentralen Einfluss hat. Sowohl das soziale Umfeld, die Vorbildfunktion der Erziehungsberechtigten, als auch die Interaktion zwischen Eltern und Kind hat für die Essentwicklung sowie für die Entwicklung von frühkindlichen Essstörungen eine wesentliche Bedeutung.

Ziel dieser Diplomarbeit ist es, diese Zusammenhänge näher zu betrachten und einen ressourcenorientierten Blickpunkt miteinzubeziehen.

# Danksagung

---

An dieser Stelle möchte ich mich bei meinen beiden Diplomarbeitbetreuerinnen Univ. Prof. Dr.in med. Marguerite Dunitz-Scheer und Mag.a Sabine Marinschek bedanken, die mir ermöglicht haben, die beiden Themengebiete Resilienz und frühkindliche Essstörungen zusammen zu bearbeiten. Ich danke ihnen für die hilfreiche Unterstützung zur Fokussierung meines breiten Interessenspektrums sowie bei der Verwirklichung der Diplomarbeit. Der Einblick in die Therapie der frühkindlichen Essstörungen sowie in die Interaktion mit Kindern war sehr bereichernd für mich.

Ein weiterer Dank gilt Mag.a Karoline Pahsini, die mich bei der Auswertung der Daten unterstützt hat.

Bei den Erziehungsberechtigten der Stichprobe möchte ich mich für die Teilnahme an den Fragebogenuntersuchungen und anregenden Gesprächen bedanken, bei den Kindern für die kleinen Momente der Begegnung.

Danken möchte ich vor allem meinen Eltern, die mir diesen Weg erst ermöglicht haben, mich dabei unterstützt haben und mich stets meine eigenen Erfahrungen machen ließen.

Ein besonderer Dank gilt meinen Freunden, Romana, Richard, Gabriel, Kathrin und Katharina. Ich möchte mich für die bereichernde gemeinsame Zeit und für die zahlreichen Tipps zur Erarbeitung der Diplomarbeit bedanken. Vor allem danke ich ihnen, dass sie stets ein offenes Ohr für meine Anliegen hatten. Sie haben mich durch den gemeinsamen Austausch inspiriert und ermutigt, meinen Weg weiterzugehen.

Bei den Menschen vom Verein Einherz- Gemeinschaft für Medizin mit Liebe sowie vom Lern- und Werdegang „Pioneers of change“ möchte ich mich für die gemeinsamen Gespräche, Aktionen und Begegnungen bedanken. Dies gilt auch für Dr. Ernst Eicher, Dr. Renate Knoblauch und einigen anderen Vorbildern in der Medizin. Sie ermöglichten mir, zahlreiche Erfahrungen zu sammeln und neue Wege in der Medizin zu entdecken.

Ich möchte mich bei Mag.a Elisabeth Renner für die Begleitung während der Höhen und Tiefen am Ende des Studiums bedanken.

All diese Personen haben mich stets dabei begleitet, Freude, Hoffnung und Liebe an der Medizin und dem Menschen zu bewahren, meinen Träumen treu zu bleiben und sie zu verwirklichen. Ihnen ist meine Arbeit gewidmet.

# Zusammenfassung

---

Für die gesunde Entwicklung von Kindern spielt das familiäre Umfeld, insbesondere die Eltern-Kind-Beziehung eine bedeutsame Rolle. Laut aktueller Resilienzforschung stellt ein positiver Resilienzstatus der Eltern ein Schutzfaktor für die gesamte Entwicklung der Kinder dar. Die Interaktion zwischen Eltern und Kind hat für die Entstehung von frühkindlichen Essstörungen eine wesentliche Bedeutung und wird in der Literatur immer wieder angeführt und in der Praxis eingehend beachtet.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Fragestellung, ob der Resilienzstatus der Eltern Einfluss auf die Entstehung frühkindlicher Essstörungen hat und wenn ja, in welcher Weise. Im Rahmen dieser Studie wird erstmalig der Resilienzstatus bei Erziehungsberechtigten von Kindern mit frühkindlichen Essstörungen erfasst.

**Methode:** Zu Beginn der vorliegenden Arbeit wird der Resilienzbegriff auf Basis des aktuellen Forschungsstandes genauer definiert. Die verschiedenen Resilienzmodelle werden aufgezeigt mit besonderem Fokus auf die Eltern-Kind-Beziehung. Weiteres werden die verschiedenen Aspekte, die zum Entstehen frühkindlicher Essstörungen, beschrieben.

Der Resilienzstatus der Eltern wurde anhand der "Resilienzskala" (Schumacher et al. 2005) erfasst, sie ist die deutsche Übersetzung der "Resilience scale" von Wagnild und Young (1993). Die Stichprobe umfasst zwei Gruppen. Zum einen die Inanspruchnahmepopulation der Therapie für frühkindliche Essstörungen an der Kinder- und Jugendklinik am LKH Graz. Zum anderen wurden als Kontrollgruppe Eltern, deren Kinder ein normales Essverhalten aufweisen, erfasst. Das Alter der Kinder betrug null bis fünf Jahre. Als Hauptzielgröße wird der Resilienzstatus der Elternerhebung analysiert. Ein Vergleich der beiden Gruppen wird dargestellt und mit dem Entstehen frühkindlicher Essstörungen in Verbindung gesetzt.

**Ergebnisse:** In Bezug auf den Resilienzstatus konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erziehungsberechtigten von Kindern mit Essstörungen und den Eltern von Kindern mit gesundem Essverhalten aufgezeigt werden. Zwischen den beiden Untersuchungsgruppen konnten weder alters- noch geschlechtsspezifische Unterschiede im Resilienzstatus festgestellt werden.

**Diskussion:** Die große Anzahl der Personen, die im Normbereich der Resilienzskala liegen oder als resilient eingestuft wurden, lässt darauf schließen, dass Resilienz kein außergewöhnliches Phänomen ist und Eltern Ressourcen zur Verfügung haben. Es besteht weiterer Forschungsbedarf in diesem Themenbereich. Es wäre zu empfehlen, die

Untersuchung mit einer größeren Stichprobe durchzuführen und eventuell ein standardisiertes Interview hinzuzufügen.

# Abstract

---

The social environment, especially the parent-child-relationship, plays an essential role in the healthy development of children. According to current research, a positive state of resilience of the parents represents a protective factor for the whole development of the infant. The interaction between parents and child has a significant meaning for the development of infantile eating disorders. This aspect is mentioned in literature and will be closely reexamined in practice.

The present thesis explores the assumed link and its mechanics between the state of parents' resilience and infantile eating disorders.

In the context of this study it is the first time that the state of resilience of parents of children with eating disorders is empirically measured.

**Methods:** First, the term of resilience is defined based on current research. The different models of resilience are demonstrated with a special focus on the parent-child-relationship. Further, the different aspects which lead to infantile eating disorders are described.

The state of parents' resilience is measured according to the „Resilienzskala“ (Schumacher et al. 2005), the German translation of the „Resilience scale“ of Wagnild und Young (1993).

The sample includes two groups. The first group is made up of children in treatment for infantile eating disorders at the children's hospital in the LKH Graz and their parents. The control group consists of parents with children with normal eating behaviour. The children are between zero and five years of age. As a main parameter, the state of parent's resilience is analysed. A comparison between the two groups is shown and related to the development of infantile eating disorders.

**Results:** In relation to the state of resilience, no significant difference between the group of parents with children with eating disorders and the group of parents with children with healthy eating behaviour could be shown. Furthermore, between the two study groups no age-specific nor gender specific difference in the resilience state could be determined.

**Discussion:** The large number of people, who are in the normal range of the resilience scale or are classified as resilient, suggests that resilience is not an extraordinary phenomenon and that parents have resources at their disposal. Further research is required. It would be recommended to repeat the investigation with a larger sample and to add a standardised interview.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b><i>Einleitung</i></b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b><i>Welche Definitionen und Merkmale von Resilienz liegen vor?</i></b> .....	<b>11</b>
2.1	<b>Resilienz – ein vielschichtiger Begriff</b> .....	<b>11</b>
2.2	<b>Resilienz – Dynamischer Prozess versus Persönlichkeitsmerkmal</b> .....	<b>12</b>
2.3	<b>Charakteristika des Resilienzkonzepts</b> .....	<b>13</b>
<b>3</b>	<b><i>Entwicklung von Resilienz, zentrale Konzepte und Modelle der Resilienzforschung ...</i></b> .....	<b>15</b>
3.1	<b>Risiko – und Schutzfaktorenkonzepte</b> .....	<b>15</b>
3.1.1	Risikofaktorenkonzept: .....	15
3.1.2	Schutzfaktorenkonzept: .....	18
3.2	<b>Resilienzmodelle</b> .....	<b>20</b>
3.2.1	Variablenorientierte Modelle.....	21
3.2.1.1	Modell der Kompensation, Haupteffekt- und Mediatoren-Modell .....	21
3.2.1.2	Modell der Herausforderung .....	22
3.2.1.3	Modell der Interaktion.....	22
3.2.1.4	Modell der Kumulation .....	23
3.2.2	Das personenorientierte Modell .....	23
<b>4</b>	<b><i>Geschichtlicher Überblick der Resilienzforschung, Ergebnisse ausgewählter Studien.</i></b> .....	<b>24</b>
4.1	<b>Die Kauai Studie</b> .....	<b>24</b>
4.2	<b>Die Mannheimer Risikokinderstudie</b> .....	<b>27</b>
4.3	<b>Die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie</b> .....	<b>29</b>
<b>5</b>	<b><i>Kritische Reflexion und Ausblick der Resilienzforschung in der Zukunft:</i></b> .....	<b>32</b>
<b>6</b>	<b><i>Frühkindliche Ess- und Fütterstörungen</i></b> .....	<b>35</b>
6.1	<b>Übersicht der frühkindlichen Essstörungen</b> .....	<b>36</b>
6.1.1	Fütterungsprobleme bei Regulationsstörung: .....	37
6.1.2	Die Rolle der Eltern .....	37
6.1.3	Essverhaltensstörung bei Bindungsstörung .....	37
6.1.3.1	Die Rolle der Eltern .....	38
6.1.4	Frühkindliche Anorexie, Individuationsstörung .....	39
6.1.4.1	Die Rolle der Eltern .....	40
6.1.5	Neurosensorische Essverhaltensstörung .....	41
6.1.6	„Post medical disorder food aversion“ .....	42
6.1.7	Posttraumatische Essverhaltensstörung .....	43
6.1.8	Frühgeborene und Sondenkinder .....	43
<b>7</b>	<b><i>Die Rolle der Eltern in Bezug auf frühkindliche Essstörungen, bisherige Forschungsergebnisse</i></b> .....	<b>44</b>
7.1	<b>Kontrollverhalten der Eltern und der soziale Kontext</b> .....	<b>46</b>
7.2	<b>Bindungsverhalten und frühkindliche Essstörungen:</b> .....	<b>50</b>



7.3	Psychopathologie der Mutter .....	51
7.4	Essverhalten und Brustfütterung .....	51
7.5	Die Rolle der Väter .....	52
<b>8</b>	<b>Fragestellungen.....</b>	<b>53</b>
<b>9</b>	<b>Fragebogenuntersuchung.....</b>	<b>54</b>
9.1	Beschreibung des Messinstruments .....	54
9.2	Durchführung.....	55
9.2.1	Rekrutierung der Inanspruchnahmepopulation.....	55
9.2.2	Rekrutierung der Kontrollgruppe .....	55
9.3	Auswertung .....	56
9.4	Beschreibung der gesamten Stichprobe (deskriptive Statistik) .....	57
9.4.1	Geschlechterverteilung .....	57
9.4.1.1	Geschlechterverteilung über alle Probanden (N=83) .....	57
9.4.1.2	Geschlechterverteilung der Inanspruchnahmepopulation und der Kontrollgruppe .....	58
9.4.2	Altersverteilung .....	58
9.4.2.1	Alterverteilung über alle Probanden (N=83) .....	58
9.4.2.2	Mittelwert des Alters über die beiden Versuchsgruppen (Inanspruchnahmepopulation/Kontrollgruppe) .....	58
9.4.2.3	Altersverteilung nach Altersklassen: .....	59
9.4.2.4	Altersverteilung nach Altersklassen und nach Untersuchungsgruppen: .....	59
9.4.3	Resilienzstatus .....	60
9.4.3.1	Resilienzstatus (Nicht-Resilient, Normalbereich, Resilient) über alle Versuchspersonen ...	60
9.4.3.2	Resilienzstatus (Nicht-Resilient, Normalbereich, Resilient) in Anbetracht der beiden Untersuchungsgruppen .....	60
9.4.4	Erziehungsstatus .....	61
9.4.4.1	Verteilung über den Erziehungsstatus (Alleinerziehend vs. Nicht-Alleinerziehend) .....	61
9.4.4.2	Verteilung über die Gruppen und den Erziehungsstatus.....	61
9.4.5	Verteilung über die Anzahl der Kinder .....	62
9.5	Beantwortung der Fragestellung.....	63
9.5.1	Hauptfragestellung:.....	63
9.5.2	Nebenfragestellungen: .....	64
<b>10</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>66</b>
<b>11</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>69</b>

# Tabellenverzeichnis

---

<i>Table 1: Geschlechterverteilung über die Gesamtstichprobe</i> .....	57
<i>Table 2: Geschlechterverteilung der Inanspruchnahmepopulation-Kontrollgruppe</i> .....	58
<i>Table 3: Mittelwert des Alters</i> .....	58
<i>Table 4: Altersverteilung nach Klassen</i> .....	59
<i>Table 5: Altersverteilung in den Untersuchungsgruppen</i> .....	59
<i>Table 6: Verteilung des Resilienzstatus</i> .....	60
<i>Table 7: Resilienzstatus innerhalb der Untersuchungsgruppen</i> .....	60
<i>Table 8: Verteilung des Erziehungsstatus</i> .....	61
<i>Table 9: Verteilung des Erziehungsstatus innerhalb der Untersuchungsgruppen</i> .....	61
<i>Table 10: Verteilung über die Anzahl der Kinder</i> .....	62
<i>Table 11: Vergleich des Resilienzstatus (resilient/nicht resilient) zwischen den Untersuchungsgruppen</i> .....	63
<i>Table 12: Vergleich des Resilienzstatus in Bezug auf das Geschlecht</i> .....	64
<i>Table 13: Vergleich des Resilienzstatus bezüglich des Alters</i> .....	65

## **1 Einleitung**

Resilienz, auch wenn noch ein junges Forschungsgebiet, ist in den letzten Jahren zu einem gängigen Schlagwort geworden, das in den verschiedensten Studien der Psychologie, Pädagogik, Soziologie und Medizin mit einbezogen und beachtet wird.<sup>1 2</sup> Durch die vermehrte Auseinandersetzung mit dem Thema sind viele Sichtweisen entstanden, was sich auch in der Breite der Definitionen von Resilienz widerspiegelt.

Die klinische Gruppe von Kindern mit frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörungen oder gar Sondenabhängigkeit hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Fragen in Bezug auf die Ernährung sind einer der häufigsten Gründe, die zur Vorstellung beim Kinderarzt führen. Zum einen aufgrund der Zunahme der positiven Outcomes postpartaler intensivmedizinischer Interventionen. Zum anderen ist dieses Phänomen auch geprägt durch unsere Esskultur, dem Überangebot an Nahrung und verschiedenen Ernährungsideologien, die zur Verwirrung und Verunsicherung der Eltern führen können.<sup>3 4</sup>

Eine zusätzliche Variable in der Diagnostik dieser Kinder ist die Analyse der Interaktionsqualitäten der fütternden Begleitpersonen, insbesondere der Eltern.<sup>5</sup> Die Frage der Resilienz dieser Risikogruppe wurde bisher wissenschaftlich noch nie betrachtet oder untersucht.

## **2 Welche Definitionen und Merkmale von Resilienz liegen vor?**

### **2.1 Resilienz – ein vielschichtiger Begriff**

Masten und Obradovic setzen Resilienz einem breiten Begriffsschirm gleich, der all jene Begriffe und Konzepte abdeckt, die in Bezug zu einem positiven Anpassungsmodell im Rahmen von Widrigkeiten stehen.<sup>6</sup>

Darüber hinaus plädieren beide für eine systemische Sichtweise des Begriffes. Sie legen dar, dass Resilienz auf jedweiliges funktionales System übertragen werden kann. Jedoch wurde vorrangig in den Entwicklungswissenschaften auf das Individuum als lebendes System Bezug genommen und weniger auf höhere soziale Systeme, inklusive Familien, Klassen und Schulen.<sup>6</sup>

Gleich zu Beginn sei auch zu erwähnen, wie Masten schreibt, dass Resilienz im eigentlichen Sinne, ein ganz herkömmliches Phänomen darstellt, das in den meisten Fällen aus dem Ablauf von grundlegenden menschlichen Anpassungssystemen resultiert.<sup>7</sup>

Im Folgenden sei nun spezifisch auf die Vielfalt der Definitionen eingegangen.

## 2.2 Resilienz – Dynamischer Prozess versus Persönlichkeitsmerkmal

Ganz allgemein betrachtet leitet sich der Begriff aus dem Englischen ab und bedeutet Spannkraft, Widerstandsfähigkeit und Elastizität.<sup>8</sup> Wustmann hat sich vor allem mit Resilienz und deren Förderung im Kindesalter beschäftigt. Ihre Definition lautet: „die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken.“<sup>1</sup> Sie wird in den verschiedensten Artikeln immer wieder angeführt und ist im deutschsprachigen Raum allgemein anerkannt, da sie sowohl internale, also innere Befindlichkeiten sowie externale Kriterien, Anpassungsleistungen an die Umwelt zur Begriffsbestimmung mit einbezieht.<sup>8</sup> Darauf aufbauend wird Resilienz als ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess betrachtet<sup>1</sup>, der an zwei Bedingungen geknüpft ist:

1. Es sind Risikofaktoren bzw. Gefährdungen dem Individuum gegenüber vorhanden.
2. Die belastenden Situationen werden aufgrund personaler oder sozialer Ressourcen positiv bewältigt.<sup>8</sup>

Dieser dynamische Prozess, der erst bei speziellen Risikokonstellationen zu Tage tritt, steht der Definition von Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal gegenüber. Hierbei sind sich die Autoren jedoch einig, dass es sich um kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal handelt, denn das könnte zu einem Missverständnis führen, das behaupten würde, das manche Individuen *einfach nicht haben, was es braucht*, um Widrigkeiten zu überwinden.<sup>9</sup>

Auch Gabriel macht darauf aufmerksam, fehlende Resilienz nicht als ein individuelles Charakterdefizit zu interpretieren. Es gibt jedoch persönliche Eigenschaften, die als Schutzfaktoren für das Entstehen von Resilienz beitragen können. Er führt zusammenfassend an, dass es „im begrifflichen Kern um den Prozess, die Fähigkeit oder das Ergebnis der gelungenen Bewältigung belastender Lebensumstände geht.“<sup>10</sup>

In der englischen Literatur wird zwischen „resilience“ und „resiliency“ unterschieden. Luthar et al. definieren diese zwei Begriffe folgendermaßen. *Resilience* bezeichnet den Prozess oder das Phänomen der Kompetenz trotz Widrigkeiten. Währenddessen sollte nur von *resiliency*

gesprochen werden, wenn man sich auf ein spezifisches Persönlichkeitsmerkmal beziehen möchte.<sup>9</sup>

Resilienz als psychologische Widerstandsfähigkeit wird oft als positiver Gegenbegriff der Vulnerabilität dargestellt. Allerdings handelt es sich hier wie im Vergleich mit dem Persönlichkeitsmerkmal um keine absolute Invulnerabilität.<sup>10 11</sup> Gabriel führt dies so an, dass „Resilienz eine relationale Invulnerabilität im Sinne einer relativen Widerstandsfähigkeit gegenüber krisenhaften Situationen und Lebensereignissen bezeichnet. Und auch diese relative Widerstandsfähigkeit ist kein fixiertes und statisches Persönlichkeitsmerkmal, sie kann zeitlich und räumlich variieren.“<sup>10</sup>

Dahingehend wird Resilienz, wenn auch mit unterschiedlicher Qualität, mit jeder menschlichen Entwicklung in Verbindung gebracht.

Welter-Enderlin versteht unter Resilienz aus der entwicklungspsychologischen Sicht, die Fähigkeit von Menschen, Krisen im Laufe des Lebens mithilfe von persönlichen und sozial vermittelten Ressourcen zu bewältigen und diese darüber hinaus als Entwicklungschance zu nutzen.<sup>12</sup>

### 2.3 Charakteristika des Resilienzkonzepts

Wie bereits erwähnt, führen mehrere Autoren an, dass Resilienz an bestimmte **Bedingungen** geknüpft ist. Wustmann drückt dies aus der Perspektive der Kindheit so aus: „(1) Es besteht eine signifikante Bedrohung für die kindliche Entwicklung und (2) eine erfolgreiche Bewältigung dieser Lebensumstände.“<sup>1</sup> Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse betonen das Vorhandensein von Fähigkeiten, die zu einer positiven Handhabung der Risikosituation führen.<sup>8</sup> Masten erwähnt, Individuen können nicht als resilient betrachtet werden, solange keine bedeutende Gefährdung gegenüber ihrer Entwicklung vorhanden war. Das zweite Merkmal laut Masten, das Rückschluss auf Resilienz gibt, ist, dass die Qualität des Anpassungs- und Entwicklungsergebnisses als *gut* oder *OK* beurteilt beziehungsweise evaluiert werden kann.<sup>7</sup>

Hieraus wird ersichtlich, dass alle Autoren darlegen, dass das Individuum einer bedrohlichen Situation ausgesetzt sein musste und diese erfolgreich bewältigt wurde. Leipold und Greve definieren Resilienz in ergebnisorientierter Sichtweise durch den Erfolg. Sie besagen, dass wenn man Bedingungen, die die Entwicklung gefährden, nicht meistert, ist keine Resilienz vorhanden.<sup>13</sup> Hier bleibt noch anzumerken, dass sich Resilienz nicht nur auf die reine

Abwesenheit psychischer Störungen bezieht, sondern den Erwerb bzw. Erhalt altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen der normalen kindlichen Entwicklung miteinschließt.<sup>1</sup>

Auf die Frage, welche Kriterien für eine Risikosituation gelten und an welchen Punkten, eine positive Bewältigung und Anpassung festgelegt wird, wird im Kapitel der Risiko- und Schutzfaktoren noch weiter eingegangen.

In Wechselwirkung mit diesen Bedingungen entsteht ein **dynamischer Prozess**. Eine positive Anpassung im Rahmen von besonderen Widrigkeiten geschieht. Viele Autoren verstehen diesen dynamischen Prozess als Charakteristikum des Begriffes Resilienz.<sup>7 9 13 14</sup> Laut Rutter ist Resilienz ein interaktives Konzept, das sich mit der Kombination von ersten Risikoerfahrungen und einem relativ positiven psychologischen Ergebnis trotz dieser Erfahrungen befasst.<sup>14</sup>

Schumacher et al. beziehen sich mit dem Begriff „Resilienz“ auf das „Phänomen, dass manche Personen trotz ausgeprägter Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich vergleichsweise leicht von Störungen erholen, während andere unter vergleichbaren Bedingungen besonders anfällig für Störungen und Krankheiten sind.“<sup>15</sup> Hierin weisen die Autoren auch auf ein enges Verhältnis zum Salutogenese-Konzept hin und auf die Schwierigkeit der Abgrenzung zu anderen Begriffen wie „Kohärenzgefühl“, „Hardiness“ oder „Selbstwirksamkeitserwartung“.<sup>15</sup>

Ebenso wichtig sind hier die Ergebnisse von Holtmann, Poustka und Schmidt zu erwähnen, welche besagen, dass Menschen mit hohem Resilienzstatus ebenso negative Affekte erleben können wie Individuen mit niedrigerem. Der Unterschied besteht darin, dass dieser Affekt nicht anhaltend ist und zu keinen dauerhaften psychopathologischen Beeinträchtigungen führt.<sup>16</sup>

In der folgenden Arbeit soll der momentane Resilienzstatus von Erziehungsberechtigten mit Kindern mit Essstörungen im Vergleich zu Erziehungsberechtigten von Kindern mit gesundem Essverhalten überprüft werden. In Bezug auf den verwendeten Fragebogen wird zwar Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal betrachtet, dennoch wird in der vorliegenden Arbeit immer wieder auf das Charakteristikum der Resilienz als dynamischer Prozess Bezug genommen, in dem Persönlichkeitsmerkmale des Individuums einen großen Einfluss als Schutz- oder Risikofaktoren haben können. Der Resilienzstatus ist nicht auf „eine spezifische Lebensphase beschränkt, manifestiert sich aber in den unterschiedlichen Lebensabschnitten in

ungleicher Form und wird im Allgemeinen dort wirksam, wo Belastung, Stress, Trauma, Risiko oder Krise zu beobachten ist.“<sup>17</sup>

In dieser Spannbreite an Definitionen und Betrachtungsweisen von Resilienz könnten Fragen auftauchen, ob hier jeweils von demselben Begriffskonstrukt die Rede ist. Die positive Seite dieser Vielfalt erklären Luthar et al. dahingehend, dass obwohl verschiedene empirische Methoden zugegebenermaßen zu einem Durcheinander von unzusammenhängenden Erkenntnissen führen können, beachtet werden sollte, dass eine gewisse Variabilität in den Methoden essentiell ist, um das Verständnis für das wissenschaftliche Konstrukt zu erweitern.<sup>9</sup>

### **3 Entwicklung von Resilienz, zentrale Konzepte und Modelle der Resilienzforschung**

#### **3.1 Risiko – und Schutzfaktorenkonzepte**

##### **3.1.1 Risikofaktorenkonzept:**

Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt, gibt es bestimmte Bedingungen, die vorherrschen müssen, um von Resilienz sprechen zu können. Eine Voraussetzung dafür ist, dass ein Risiko bzw. eine Gefahr besteht. „Resilienz setzt grundsätzlich die vorhergehende Anwesenheit eines oder mehrerer Risiken voraus; ein Individuum kann demnach nicht als resilient gelten, wenn es keine Risiken erfahren hat.“<sup>18</sup> Hier seien nun die unterschiedlichen Risikofaktoren näher dargestellt.

Das Risikofaktorenkonzept kann mit der pathogenetischen Sichtweise gleichgestellt werden und beruht somit auf dem biomedizinischen Modell.<sup>8</sup> Unter Risikofaktoren versteht man Faktoren oder Lebensbedingungen, die eine Gefährdung oder Beeinträchtigung für die Entwicklung eines Individuums darstellen und eine seelische Störung oder Erkrankung zur Folge haben können. Holtmann und Schmidt definieren Risikofaktoren aus entwicklungspsychologischer Sicht als Faktoren, die krankheitsbegünstigende, risikoerhöhende und entwicklungshemmende Eigenschaften aufweisen. Im Weiteren stellen sie eine potentielle Gefährdung für die Entwicklung des Kindes dar.<sup>19</sup> Hier sei zu betonen, dass sie zwar eine potentielle Gefährdung darstellen, welche jedoch nicht per se Einfluss ausübt oder notwendigerweise negative Konsequenzen mit sich bringt. Erst durch das

Zusammenwirken unterschiedlicher Bedingungen und folglich anhand bestimmter Wirkmechanismen kann ein Risiko manifest werden.<sup>1 8 20</sup> In dieser Hinsicht definiert Compas den Risikofaktor als „ein Mittel oder eine Charakteristik des Individuums oder der Umwelt welches in Zusammenhang mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit eines negativen Ergebnisses steht.“<sup>21</sup> Daraus erfolgt, dass es sich hier um kein Kausalitäts-, sondern vielmehr um ein Wahrscheinlichkeitskonzept handelt, sprich Risikofaktoren können die Wahrscheinlichkeit einer Störung bzw. Erkrankung erhöhen.<sup>1 20</sup>

Innerhalb der Risikofaktoren lassen sich zwei Merkmalsgruppen unterscheiden. Einerseits spricht man von Vulnerabilitätsfaktoren, die personenbezogen sind und vor allem in der Kindheit eine Rolle spielen und zum anderen geht man von Risiko- und Stressfaktoren aus, welche aus der psychosozialen Umwelt kommen.<sup>8</sup>

Die Vulnerabilitätsfaktoren lassen sich wiederum in zwei Untergruppen teilen, (primär und sekundär). Die primären Vulnerabilitätsfaktoren oder auch strukturellen Faktoren, sind von Geburt an vorhanden. Sie werden jedoch mit dem Alter weniger relevant.

Nach Wustmann seien hier ein paar exemplarisch angeführt:<sup>1</sup>

- Prä-, peri- und postnatale Faktoren (z.B. Frühgeburt, Geburtskomplikationen, niedriges Geburtsgewicht, Ernährungsdefizite, Erkrankung des Säuglings)
- Neuropsychologische Defizite
- Genetische Faktoren (z.B. Chromosomenanomalien)
- Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Neurodermitis, Krebs, schwere Herzfehler, hirnorganische Schädigungen)
- Schwierige Temperamentsmerkmale, frühes impulsives Verhalten, hohe Ablenkbarkeit

Die sekundären Vulnerabilitätsfaktoren entstehen durch die Interaktion mit der Umwelt, wie einer unsicheren Bindungsorganisation oder geringen Fähigkeiten zur Selbstregulation von Entspannung und Anspannung.<sup>1</sup>

In der Resilienzforschung finden jedoch vor allem die umweltbezogenen, psychosozialen Risikofaktoren vermehrt Aufmerksamkeit. Wustmann führt einige dieser exemplarisch an:<sup>1</sup>

- Niedriger sozioökonomischer Status, chronische Armut
- Chronische familiäre Disharmonie
- Elterliche Trennung und Scheidung



- Psychische Störungen oder Erkrankungen eines bzw. beider Elternteile
- Obdachlosigkeit
- Unerwünschte Schwangerschaft
- Abwesenheit eines Elternteils/alleinerziehender Elternteil
- Erziehungsdefizite/ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern
- Migrationshintergrund
- Verlust eines Geschwisters oder engen Freundes
- Mobbing
- Mehr als vier Geschwister

Sie sind variabel und gewinnen mit dem Alter an größere Bedeutung und vermehrten Einfluss. „In der Mannheimer Risikokinderstudie konnte beobachtet werden, dass Vulnerabilitätsfaktoren eine geringere Auswirkung auf die Entwicklung aufweisen, während im Vergleich dazu psychosoziale Risikofaktoren bzw. Stressoren häufiger zu ungünstigen Entwicklungsverläufen führen. Psychosoziale Stressoren beeinträchtigen vor allem die kognitive und sozio-emotionale Entwicklung.“<sup>20</sup>

Allen Risikofaktoren liegen spezielle Wirkmechanismen zu Grunde, die sie verstärken und die Wahrscheinlichkeit von Folgen erhöhen. Es kann auch von Phasen erhöhter Vulnerabilität gesprochen werden.<sup>8</sup> „Ein Beispiel für Phasen erhöhter Vulnerabilität stellen soziale Entwicklungsübergänge (Transitionen), wie zum Beispiel die Einschulung oder der Eintritt in das Berufsleben, oder durch die körperliche Reifung und kognitive Entwicklung bedingte Entwicklungsübergänge, wie zum Beispiel die Zeit der Pubertät, dar.“<sup>20</sup> Neben der Art und Spezifität des Risikos spielt die Anzahl und Intensität, sprich die Kumulation, Dauer und Kontinuität eine Rolle.<sup>1 7 14</sup> „Vor allem langandauernde und immer wiederkehrende schädigende Einflüsse führen zu einer langfristigen Veränderung des biopsychosozialen Wohlbefindens und zu einer „Risikopersonlichkeit“.“<sup>1</sup>

Ebenso kommt es auf die Abfolge im Auftreten risikoerhöhender Bedingungen an. Im Besonderen sind die Wechselwirkungen der Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren in Abhängigkeit von der psychosozialen Entwicklung von Bedeutung. Durch Wechselwirkung mit anderen Faktoren kann es in der Entwicklung zu negativen Kettenreaktionen kommen, wo eine frühere Gefährdung noch auf spätere Ereignisse nachwirkt.<sup>1 8 20</sup>

Darüber hinaus ist es von Bedeutung, wann, in welchem Alter und Entwicklungsstand ein Risiko auftritt. „In der Kindheit sind eher familiäre Risiken von Bedeutung, in der Jugend liegen Risikopotenziale vermehrt im Peer-Bereich, z.B. ein delinquenter Freundeskreis.“<sup>8</sup>

Im Weiteren ist hier auch das Geschlecht zu beachten. Während das männliche Geschlecht vor allem in der Kindheit für Störungen anfällig sind, sind es Mädchen vermehrt in der Pubertät. Dies gilt im Besonderen für familiäre Risikofaktoren. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass im Erwachsenenalter wiederum die Männer stärker auf Risikobelastungen reagieren. Vermutungen, bezüglich der Kausalität sind hier, dass sie eher Schwierigkeiten haben, ihre Gefühle offen zu zeigen und folgend adäquate Unterstützung zu mobilisieren.<sup>8 20 22</sup>

Ein weiterer wichtiger Indikator, der das Ausmaß des Risikos beeinflusst, ist die subjektive Bewertung der betroffenen Person. Rutter weist auf die universelle Erkenntnis hin, dass große individuelle Unterschiede in der Reaktion der Menschen auf alle möglichen umgebenden Gefahren bestehen.<sup>14</sup>

In diesem Kontext wird auch von der Multifinalität der Risikofaktoren gesprochen, die die Vielfalt an möglichen, unterschiedlichen Auswirkungen der Risikofaktoren beschreibt. „Ein und derselbe risikoerhöhende Faktor kann unterschiedliche Effekte haben (= Multifinalität).“<sup>1</sup> Folglich ist zur Beurteilung einer Risikosituation stets die Perspektive des jeweiligen Individuums zu beachten.<sup>23</sup>

Zur Ergänzung seien noch traumatische Erlebnisse erwähnt. Diese stellen eine besonders extreme Form von Risikoeinflüssen dar.

### **3.1.2 Schutzfaktorenkonzept:**

Schutzfaktoren können als das Gegenstück zu Risikofaktoren verstanden werden. Sie werden auch als entwicklungsfördernde, protektive oder risikomildernde Bedingungen verstanden, die die Schlüsselfunktion in der Bewältigung von Stress- und Risikosituationen darstellen. Sie sind jedoch von förderlichen Bedingungen bzw. Ressourcen zu unterscheiden. Während förderliche Bedingungen ihre positive Wirkung entfalten, auch wenn kein Risiko besteht, sind Schutzfaktoren stets mit einer Risikosituation verknüpft, in der sie zum Einsatz kommen, indem sie die schädigenden Konsequenzen darin abpuffern bzw. beseitigen können.<sup>1 8 9 20 22 24</sup>

Somit müssen Schutzfaktoren folgende drei Bedingungen erfüllen:<sup>8</sup>

1. Eine risikoerhöhende Gefährdung liegt vor.
2. Risikoeffekte werden abgepuffert – das Risiko für eine Fehlentwicklung verringert sich
3. Der risikomildernde Faktor hat bereits zeitlich vor dem risikoerhöhenden Ereignis bestanden und beeinflusst jetzt dessen Auswirkung.

Auch hier gibt es unter den Autoren immer wieder Schwierigkeiten, eine einheitliche, klare, sowie begrifflich und inhaltlich angemessene Definition für die Faktoren zu finden. Bengel et al. merken an, dass diesbezüglich in der Literatur Unklarheit herrscht, die folglich zu einer Heterogenität der Begrifflichkeiten führt.<sup>24</sup>

Im Weiteren soll angemerkt werden, dass die Abwesenheit eines Schutzfaktors nicht gleichzeitig ein Risiko darstellt. Es kann nicht jeder Mensch alle Schutzfaktoren aufweisen. Daher kommt es nicht nur auf die Menge der Faktoren an, sondern vielmehr auf das subjektive Bewertungs- und Bewältigungsverhalten.<sup>8 20 23 24 25</sup> Gerade bei Kindern ist die Erfahrung wichtig, dass sie selbst Aufgaben und Anforderungen erfolgreich meistern können. „Je mehr Unterstützung und Möglichkeiten ein Kind dazu hat, desto leichter wird es ihm fallen, mit schwierigen Situationen umzugehen.“<sup>8</sup>

Darüber hinaus sei erwähnt, dass viele Experten für eine Änderung des Forschungsschwerpunktes von bestimmten Definitionen von Schutzfaktoren hin zu den darunter liegenden jeweiligen situationsspezifischen Mechanismen plädieren.<sup>6 9 26</sup> „Es muss immer die konkrete Situation in die Betrachtung mit einbezogen werden, um die Qualität eines Faktors und seine möglichen Auswirkungen beurteilen zu können.“<sup>8</sup>

Folglich können die Schutzfaktoren nicht isoliert betrachtet werden. Alter, Geschlecht, kultureller Hintergrund, Kumulation der Faktoren etc. spielen auch hier für die spezifischen Wirkmechanismen eine Rolle.<sup>1 8 20 27</sup>

Sowie im Risikofaktorenkonzept können die protektiven Faktoren in folgende drei zentralen Einflussebenen eingeteilt werden:<sup>8</sup>

- Das Individuum betreffend (personale Ressourcen wie Alter, Geschlecht, Temperament)
- Die mikrosoziale Umwelt, im besonderen die Familie (soziale Ressourcen wie z.B. eine stabile Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert)
- Das Makrosystem, das weitere soziale Umfeld (soziale Ressourcen auf kommunaler Ebene, gute Arbeit- und Beschäftigungsmöglichkeiten etc.)

Diese Einflüssebenen wiederum unterliegen untereinander auftretenden Wechselwirkungen. Wustmann erwähnt, dass „viele Eigenschaften und Merkmale, die allem Anschein nach in der Person des Kindes liegen, sich in Wirklichkeit z.B. aus der kontinuierlichen Interaktion des Kindes mit seiner Umwelt herausbilden.“<sup>1</sup> Sie spielen vor allem in der Bewältigung schwieriger Lebensumstände eine Rolle. Diese „Resilienzfaktoren“ sind etwa ein positives Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, Problemlösefähigkeiten, Umgang mit Stress, Selbstwahrnehmung.<sup>8</sup> Bei der Interaktion mit der Umwelt sind vor allem die Eltern, deren Verhalten und Persönlichkeitsstruktur von Bedeutung. Inwieweit dies auch Einfluss auf das Entstehen frühkindlicher Essstörungen zutrifft, soll in der vorliegenden Arbeit überprüft werden.

### 3.2 Resilienzmodelle

Wie bereits erwähnt, unterliegen sowohl die Risiko- wie die Schutzfaktoren untereinander und gegenseitig verschiedenen Wirkmechanismen. Luthar et al. weisen darauf hin, dass es nicht nur von Bedeutung ist, festzustellen, welche Faktoren in Resilienz involviert sind, sondern vor allem, zu verstehen, *auf welche Weise* sie zu einem positiven Ergebnis beitragen. Sie meinen, dass eine solche Aufmerksamkeit für die darunterliegenden Mechanismen essentiell ist, um Fortschritte in Theorie und Forschung in diesem Feld zu machen. Darüber hinaus ist es auch für das Entwerfen von geeigneten Präventions- und Interventionsstrategien für Personen in Risikosituationen von Bedeutung.<sup>9 27</sup>

Im Folgenden sollen nun verschiedene Modelle von Wirkungsweisen dargestellt werden.

Laut Masten gibt es zwei Hauptannäherungen, die das Design von Resilienzstudien charakterisieren.<sup>7</sup> Sie unterscheidet den variablenbezogenen Ansatz vom personenzentrierten Ansatz. Während der variablenbezogene Ansatz den Zusammenhang von Risiko- und Schutzfaktoren in den Vordergrund stellt und vor allem daran interessiert ist, welche Ergebnisse sich daraus ableiten lassen bzw. wie sie die Entwicklung beeinflussen, werden beim personenzentrierten Ansatz die Wirkung und Entwicklung von Risiko- und Schutzfaktoren auf individueller Ebene beleuchtet.<sup>1 7 8</sup>

### 3.2.1 Variablenorientierte Modelle

Das Charakteristikum des variablenorientierten Modells ist laut Masten, dass darin die Haupteffekte theoretisch den Einfluss von Risiko- oder Schutzfaktoren oder beiden auf die Ergebnisvariable reflektieren. Die Ursache jedoch kann in dieser Art von Korrelationsstudien nicht bestimmt werden.<sup>7</sup>

In anderen Worten erklärt Compas die Absicht für dieses Forschungsmodell: Variablenorientierte Modelle der Resilienz untersuchen Zusammenhänge zwischen quantitativen Risikomaßnahmen, Ergebnissen und potentiellen Charakteristiken von Individuen oder des Umfeldes, die als protektive Funktion gegen schädigende Risikoeffekte dienen. Innerhalb dieser Annäherung, können Forscher Faktoren untersuchen, die das Risiko mildern bzw. moderieren und im weiteren Sinne Nachweis für Schutz und Resilienz liefern.<sup>21</sup> Hiermit können diesem Ansatz das Modell der Kompensation (Haupteffekt- und Mediatoren-Modell), sowie das Modell der Herausforderung, der Interaktion und der Kumulation hinzugefügt werden.

#### 3.2.1.1 Modell der Kompensation, Haupteffekt- und Mediatoren-Modell

Bei diesem Modell wird davon ausgegangen, dass sich Risiko- und Schutzfaktoren ausgleichen, dass das „Ausmaß des risikoerhöhenden Faktors durch den risikomildernenden Faktor kompensiert werden kann.“<sup>1</sup> Als Beispiel nennt hier Wustmann, dass durch die sozial-emotionale Unterstützung der Großeltern (Schutzfaktor) die elterlichen Konflikte (Risikofaktor) neutralisiert werden können.<sup>1</sup>

In der Literatur werden zwei Formen des Modells unterschieden:<sup>1 7 8</sup>

- Haupteffekt-Modell:  
„Ausgangspunkt hierbei ist, dass die jeweiligen risikomildernden und – erhöhenden Faktoren direkt auf das Entwicklungsergebnis des Kindes einwirken.“<sup>1</sup> Folglich liegt das Ziel der Intervention darin, die Schutzfaktoren und Ressourcen zu erhöhen, zum Beispiel die kindlichen Kompetenzen zu fördern.
- Mediatoren-Modell:  
Dieses Modell beinhaltet, dass die Schutz- sowie Risikofaktoren indirekt über einen Mediator auf die Entwicklung des Kindes einwirken. Diese Mediatoren können sowohl familiäre als auch soziale Umweltbedingungen sein. Als Beispiele für diese

werden in der Literatur am häufigsten das Elternverhalten, die Schule und der sozioökonomische Status, Einfluss von Armut angeführt. „Präventions- und Interventionsmaßnahmen, die auf dieser indirekten Wirkung beruhen, konzentrieren sich auf den Mediator“,<sup>1</sup> zum Beispiel auf die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern mittels Elternt raining oder auf die Schaffung sozialer Netzwerke, die die Eltern entlasten.

Im Sinne dieses Modells soll die Rolle der Eltern als Mediatoren anhand des Fragebogens näher betrachtet werden. Eventuell können Ressourcen und Risiken analysiert werden. Wie Eltern in Situationen handeln, welche Vorbilder sie den Kindern geben im Umgang mit schwierigen Bedingungen kann indirekt auf die Entwicklung der Kinder wirken. Wo Schwachpunkte auftreten, wo Eltern an ihre Grenzen kommen, kann überlegt werden, wie die Erziehungsberechtigten in diesen Bereichen unterstützt werden können.

### *3.2.1.2 Modell der Herausforderung*

In diesem Modell wird die Aufmerksamkeit darauf gelegt, Stress und Risiko als Herausforderung zu betrachten. Voraussetzung dafür ist, dass das Ausmaß der Risikofaktoren bewältigbar ist. Folglich unterliegt dieses Modell einem Bewältigungsprozess, den das Individuum durchläuft, wobei es neue Bewältigungsstrategien erlernt und seine/ihre Kompetenzen erweitert, die bei einem erneuten Risiko zum Einsatz kommen können.<sup>1 7 8 26 27</sup>

Die Intervention betrachtend, betont Wustmann, dass es vor allem darum geht, „Kinder dahingehend zu fördern, Stress und Risikosituationen als Herausforderung zu betrachten sowie ihnen von früh an ein Repertoire an Coping-Strategien zu vermitteln, auf die sie im Bedarfsfall zurückgreifen können.“<sup>1</sup>

### *3.2.1.3 Modell der Interaktion*

Wie der Name des Modells bereits zeigt, handelt es sich hier um die interaktive Beziehung zwischen risikoerhöhenden und –mildernden Faktoren. Dies bedeutet, dass ein Schutzfaktor nur dann wirksam wird, wenn eine Gefährdung vorhanden ist. Er dient als sogenannter Puffer, der das Risiko moderiert. Im Unterschied zum Modell der Kompensation, wo die risikomildernden Faktoren unabhängig von den risikoerhöhenden Faktoren direkt auf das

Entwicklungsergebnis einwirken, haben hierbei die risikomildernde Faktoren nur indirekt Einfluss auf das Entwicklungsergebnis. Präventions- und Interventionsstrategien anhand dieses Modells sind auf konkrete Risikogruppen, wie z.B. Scheidungskinder, in Armut lebende Familien, Frühgeborene etc. gerichtet.<sup>1 8 14 27</sup>

#### **3.2.1.4 Modell der Kumulation**

Das Kumulationsmodell beschreibt einen erweiterten Aspekt des vorhergehend dargestellten Modells der Interaktion, indem die Anzahl der Faktoren in den Vordergrund gestellt wird. „Es besagt, dass sich Effekte mehrerer risikoerhöhender bzw. mehrerer risikomildernder Faktoren addieren können.“<sup>1</sup> Ein positives Entwicklungsergebnis ist dann umso wahrscheinlicher, je mehr Schutzfaktoren vorhanden sind.<sup>1 8 20 24</sup>

Diese beschriebenen Modelle schließen sich keineswegs gegenseitig aus. Werner meint, dass diese simultan oder nacheinander im anpassungsfähigen Repertoire eines resilienten Individuums agieren, je nachdem in welchem Entwicklungsstadium sich die Person gerade befindet.<sup>28</sup> Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse erwähnen ergänzend, dass anhand des variablenbezogenen Ansatzes die Entwicklung von Resilienz insgesamt zu vereinfachend dargestellt wird. Vor allem fehlt hierbei die Bezugnahme zum zeitlichen Verlauf, der entwicklungspsychologische Aspekt wird vernachlässigt.<sup>8</sup>

#### **3.2.2 Das personenorientierte Modell**

Im Falle dieses Modells wird der Fokus nicht nur auf die Variablen gelegt, die die Resilienz positiv beeinflussen, sondern es wird auch das Individuum miteinbezogen. Auf individueller Ebene werden Wirkung und Entwicklung von Risiko- und Schutzfaktoren beleuchtet.<sup>1 8</sup> Compas weist auf folgendes Ziel dieses Modells hin: Personenfokussierte Resilienzmodelle untersuchen Individuen mit dem Versuch, jene zu identifizieren und zu vergleichen, die Resilienzmuster aufweisen, sprich wo ein positives Ergebnis nachgewiesen werden kann und Personen, die Risiken erliegen, dies spiegelt sich in negativen Resultaten wider.<sup>21</sup>

Jedoch bestehen Schwierigkeiten dabei, von einem Einzelfall auf die Allgemeinheit zu schließen. Masten hebt hervor, dass die meisten personenfokussierten Annäherungen versuchen, Gruppen von Individuen zu identifizieren. Die Unterteilung folgt in jene mit positiven versus negativen Anpassungsfähigkeiten in einem risikoerhöhenden versus –

mildernden oder bedrohlichen Lebenskontext. Dies soll dazu dienen, um herauszufinden, welche Faktoren sich auf die Unterschiede im Ergebnis belaufen.<sup>7</sup>

Eine Studie, die nach dem personenfokussierten Ansatz durchgeführt wurde, ist beispielsweise die Kauai-Studie von Werner (siehe nächstes Kapitel).

## **4 Geschichtlicher Überblick der Resilienzforschung, Ergebnisse ausgewählter Studien**

Der Beginn der Resilienzforschung kann in den 1970er Jahren datiert werden, beeinflusst vom salutogenetischen Modell, das den Blickwechsel vom pathogenetischen auf den ressourcenorientierten Ansatz unterstützte.<sup>8</sup>

### **4.1 Die Kauai Studie**

Aufmerksamkeit fand der Begriff Resilienz mit der Pionierstudie von Emmy Werner auf der hawaiianischen Insel Kauai. „Sie beschäftigte sich erstmals systematisch mit Risikokindern, die sich dennoch zu kompetenten Erwachsenen entwickelt haben.“<sup>1</sup> Gemeinsam in einer Forschungsgruppe mit Ruth S. Smith hat sie 698 Personen, die im Jahr 1955 geboren wurden, über 40 Jahre hinweg begleitet. Die Daten wurden jeweils im Alter von ein, zwei, zehn, 17/18, 31/32 und 40 Jahren erhoben. PädiaterInnen, PsychiaterInnen, Krankenschwestern und SozialarbeiterInnen haben die Untersuchungen in Form von Interviews, Verhaltensbeobachtungen, Persönlichkeits- und Leistungstests sowie mit Hilfe von Informationen von Gesundheits- und Sozialdiensten, Familiengerichten und Polizeibehörden, durchgeführt.<sup>1 27 29</sup>

Der Fokus der Studie lag darin, resiliente mit nichtresilienten Kindern zu vergleichen und im Laufe der Studie herauszufinden, welche Faktoren dazu beitrugen, dass sich jene Personen, die unter ungünstigen Bedingungen aufwuchsen, dennoch zu gesunden und kompetenten Erwachsenen entwickeln konnten.<sup>1 27</sup> Etwa 30% der Personen (n=210) der Studienpopulation waren geboren und aufgewachsen in Armut, hatten prä- und perinatale Komplikationen erfahren, lebten in Familien, die mit chronischer Missstimmung, Scheidung oder elterlicher Psychopathologie belastet waren. Darüber hinaus waren deren Mütter wenig gebildet. Zwei Drittel dieser Kinder, die vier oder mehr solcher Risikofaktoren im Alter von zwei Jahren



erfahren hatten, entwickelten Lern- oder Verhaltensstörungen im Alter von zehn Jahren oder waren im Alter von 18 Jahren bereits vorbestraft und/oder hatten psychische Probleme.<sup>27 29</sup>

Ein Drittel dieser Kinder entwickelte sich allerdings zu kompetenten, vertrauensvollen und fürsorglichen Erwachsenen. Sie entwickelten weder Lern- noch Verhaltensprobleme während der Kindheit oder Adoleszenz. Sie waren erfolgreich in der Schule, kamen gut mit ihrem zu Hause und sozialem Leben zurecht, und hatten realistische Ziele in Bezug auf Bildung und Beruf sowie Erwartungen an sich selbst. Selbst im Alter von 40 Jahren zeigten sie bessere Entwicklungsergebnisse als die Gleichaltrigen, die ähnliche Widrigkeiten erlebt hatten (weniger Scheidungs- und Sterberaten, sowie eine geringere Anzahl an chronischen Erkrankungen). Weiteres war auffallend, dass niemand arbeitslos war, Probleme mit dem Gesetz hatte und von Sozialleistungen abhängig war.<sup>27 29</sup>

Die Schutzfaktoren, die im Rahmen der Studie bei den resilienten Personen identifiziert werden konnten, teilt Werner in drei Gruppen:<sup>27 28 29</sup>

1. Protektive Faktoren innerhalb des Individuums:

Je nach Alter konnte Werner spezifische Schutzfaktoren feststellen. In der frühen Kindheit waren dies vor allem positive Temperamentsmerkmale. Unabhängige Beobachter beschrieben die Kleinkinder als angenehm, fröhlich, freundlich, reagierend und kontaktfreudig. Diese Eigenschaften brachten wiederum eine positive Reaktion derer Bezugspersonen mit sich.

Im Alter von zehn Jahren konnte nachgewiesen werden, dass die resilientere Gruppe bessere praktische Problemlösefertigkeiten aufzeigte, sowie auch im Lesen fortgeschrittener war, als jene, die Verhaltens- oder Lernprobleme entwickelten. Sie hatten auch ein spezielles Talent, das ihnen gewissermaßen einen Sinn von Stolz vermittelte. Weiteres waren sie gerne bereit, anderen, die Hilfe brauchten, zu assistieren.

In der späteren Adoleszenz zeigten sie eine gute Selbstwirksamkeitserwartung. Sie hatten einen Glauben in ihre eigene Wirksamkeit entwickelt und darüber hinaus eine Überzeugung, dass sie die Probleme, mit denen sie konfrontiert sind, mit ihren eigenen Taten bewältigen können.

2. Protektive Faktoren innerhalb der Familie:

Ein wesentlicher Faktor in diesem Bereich ist, dass die resilienten Individuen die Möglichkeit hatten, zumindest mit einer stabil emotionalen Bezugsperson, die sensibel

ihren Bedürfnissen gegenüber war, eine enge Bindung aufzubauen. Häufig waren dies andere Geschwister, die Großeltern oder Tanten und Onkeln und nicht unbedingt die Eltern. Resiliente Kinder scheinen, im Besonderen die Fähigkeit zu besitzen, solche Ersatzeltern zu rekrutieren.

Die hier dargestellte Bedeutung der Bezugsperson für die Entwicklung des Kindes, soll auch für die Essentwicklung herangezogen werden.

Im Weiteren konnten hier auch Geschlechtsunterschiede festgestellt werden. Während Knaben sich vor allem in einem Haushalt mit Struktur und Regeln und einer männlichen Identifikationsfigur gut entwickeln können, kommen resiliente Mädchen aus Familien, die eine Kombination von Unabhängigkeit und zugleich verlässlichen Unterstützung einer weiblichen Fürsorgeperson vermitteln.

Viele dieser Familien hielten an religiösen Glaubensvorstellungen fest, die ihnen Stabilität und Lebenssinn gaben.

### 3. Protektive Faktoren in der Gemeinschaft:

Als weitere wichtige Ressource konnten Bezugspersonen außerhalb der Familie festgestellt werden. Resiliente Kinder neigen dazu, auf FreundInnen, NachbarInnen und LehrerInnen für Rat und Trost in Übergangs- oder Krisenzeiten zu vertrauen.

Eine interessante Beobachtung konnte bei den Folgeuntersuchungen im Alter von 32 und 40 Jahren gemacht werden. TeilnehmerInnen, die besondere Probleme in der Adoleszenz aufwiesen, erholten sich im Erwachsenenalter wieder. Diese Veränderungen traten vermehrt nach dem Schulabschluss und ohne groß geplante Interventionen von professionellen Experten auf. Werner stellte fest, dass das Öffnen neuer Möglichkeiten in dieser Lebensspanne die positive Veränderung unterstützte. Die wirksamsten Aspekte für positive Veränderungen, die festgestellt wurden, waren Weiterbildung an höheren Schulen, Bildungs- und Berufskompetenzen, die während des Militärdienstes erworben wurden, Heirat mit einem/r stabilen PartnerIn, Übertritt zu einer Religion, die aktive Beteiligung in einer Glaubensgemeinschaft erforderte, Erholung von einer lebensbedrohlichen Krankheit oder Unfall und jedoch im viel weniger großem Ausmaß, Psychotherapie.<sup>1 27 29</sup>

Ebenso konnte in der Studie bei Betrachtung von individuellen Dispositionen und sozialen Ressourcen gezeigt werden, dass sich resiliente Personen negativen Bedingungen nicht passiv

auslieferten. Sie suchten aktiv nach Personen und Möglichkeiten, die sie zu einer positiven Wende im Leben führten.<sup>27 29</sup>

Diese Schutzfaktoren sind, wie zuvor beschrieben, keineswegs isoliert zu betrachten, sondern wie Werner es darstellt, eine Kette schützender Faktoren, die sich gegenseitig beeinflussen und verstärken können.<sup>24 27 30</sup>

## 4.2 Die Mannheimer Risikokinderstudie

Eine der bekanntesten deutschen Studien zu Resilienz ist die Mannheimer Risikokinderstudie, durchgeführt und analysiert von Laucht und Mitarbeitern, am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, welche noch nicht vollständig abgeschlossen ist. Sie befasst sich mit den Chancen und Risiken von Kindern, „deren gesunde psychische Entwicklung durch frühe, bei Geburt bestehende organische und psychosoziale Belastungen (wie eine Frühgeburt oder die psychische Erkrankung eines Elternteils) gefährdet war.“<sup>22</sup>

Die Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und negativem Entwicklungsergebnis, die bei retrospektiven Studien beobachtet werden konnten, sind bei prospektiven Analysen viel weniger klar darstellbar. Hieraus wird ersichtlich, dass die Auswirkungen früherer Gefährdungen von späteren Erlebnissen beeinflusst werden. Diese können die Folgen abmildern, verfestigen oder verstärken.<sup>1 22 24 30</sup> „Unterschätzt werden dabei insbesondere die Möglichkeiten der Bewältigung von Risiken und Belastungen durch Kompetenzen und Ressourcen des Individuums und seiner sozialen Umgebung (...).“<sup>22</sup>

Somit ist es Ziel dieser prospektiven Längsschnittstudie, eine Gruppe von Kindern, die unter unterschiedlichen Risikokonstellationen geboren wurden, zu begleiten und deren Entwicklung von Geburt an bis zum Schulalter zu beschreiben und Faktoren zu identifizieren, die die Belastungen kompensieren.<sup>1 8 22 24</sup>

Laucht et al. erwähnten folgende Ziele der Studie:<sup>22</sup> (Laucht, 2000, Längsschnittforschung)

- eine möglichst umfassende Beschreibung der psychischen Entwicklung und ihrer Störungen bei Kindern mit unterschiedlich ausgeprägten Risikobelastungen
- die Bestimmung der entwicklungshemmenden Einflüsse früher Belastungsfaktoren sowie der schützenden Rolle von Kompetenzen und Ressourcen des Kindes und seiner sozialen Umwelt

- die Bildung von Modellen zur Erklärung differentieller Entwicklungsverläufe und die Analyse der krankmachenden und gesundheitsförderlichen Prozesse und Mechanismen, die unterschiedlichen Entwicklungsverläufen zugrunde liegen
- die Ausarbeitung von Empfehlungen für die Verbesserung der Prävention, Früherkennung und Frühbehandlung von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern

Die Studienpopulation umfasst 384 Kinder, die zwischen den Jahren 1986 und 1988 geboren und neonatologisch versorgt wurden. Sie mussten folgende Einschlusskriterien erfüllen: „Erstgeborenes Kind, Aufwachsen bei leiblichen Eltern, deutschsprachige Familie, keine schweren angeborenen Erkrankungen, Sinnesbehinderungen oder Missbildungen, keine Mehrlingsgeburt.“<sup>22</sup>

Die Daten wurden im Alter von drei Monaten, zwei, viereinhalb, acht und elf Jahren erhoben. Zur Analyse der Risikokonstellation wurden organische und psychosoziale Belastungen erfasst. Organische Risiken stellten prä- und perinatale Komplikationen dar, während bei Erfassung der psychosozialen Risiken ungünstige familiäre Bedingungen wie z.B. niedriges Bildungsniveau, psychische Störung der Eltern, Disharmonie in der Partnerschaft oder mangelnde soziale Integration und Unterstützung erfragt. Die jeweiligen Risikobedingungen wurden quantifiziert und daraus wurde ein kumulativer Risikoindex gebildet.<sup>1 22 24</sup>

Die im Rahmen der Studie erhobenen Variablen schließen drei Bereiche ein: „Merkmale der kindlichen Entwicklung, der familiären Umwelt und der Eltern-Kind-Beziehung.“<sup>22</sup>

Wie auch in anderen Studien festgestellt werden konnte, konnten auch hier Folgen der erfassten Risikokonstellationen bis ins Schulalter nachgewiesen werden.<sup>22 30</sup>

„Das Entwicklungsergebnis des Kindes ist dabei abhängig vom Ausmaß der Risikobelastung (keine, leichte, schwere Belastung), dem betrachteten Funktionsbereich (motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung) und der jeweiligen Entwicklungsphase.“<sup>1</sup>

Auf die kognitive Entwicklung wirken organische wie psychosoziale Risiken gleichermaßen ein, somit ist deren Prädikation am besten nachweisbar. „Während motorische Funktionen hauptsächlich durch organische Risiken beeinträchtigt werden, stehen bei der Vorhersage von Störungen der sozial-emotionalen Entwicklung psychosoziale Belastungen im Vordergrund.“<sup>22</sup>

Im Sinne des schon beschriebenen Kumulationsmodells, konnte auch nachgewiesen werden, dass Kinder mit multipler Risikobelastung (organisch und psychosozial) eine ungünstigere Prognose aufweisen als Kinder mit nur einem Risikofaktor.<sup>1 22 30</sup>

Ein besonderes Augenmerk wurde bei der Untersuchung auf die Mutter-Kind-Interaktion gelegt. Die Beobachtung der Studie in diesem Bereich betont, dass ein positives Mutterverhalten in der frühen Interaktion mit dem Säugling einen wichtigen Schutzfaktor bei Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht oder aus psychosozial hoch belasteten Familien darstellt. Wichtig anzumerken ist jedoch, dass für Kinder ohne bzw. geringer genannter Risikokonstellationen dies keinen protektiven Faktor mit sich bringt.<sup>1 22 24</sup>

In praktischen Teil der Arbeit soll betrachtet werden, inwiefern ein Zusammenhang besteht zwischen Elternverhalten und frühkindlichen Essstörungen.

Bengel et al. greifen die Aussage der Autoren heraus, dass protektive Faktoren zwar eine wichtige Rolle bei der Bewältigung frühkindlicher Belastungen spielen, jedoch oft überschätzt werden. Sie sind der Meinung, dass die Darlegung schützender Prozesse, sprich die darunterliegenden Mechanismen des Zusammenwirkens spezifischer Einflussfaktoren zielführender und aussagekräftiger sein dürften als eine Aufzählung von global wirksamen Schutzfaktoren.<sup>22 24</sup>

Die Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie dokumentieren in erster Linie, wie sich Risikokinder als Gruppe durchschnittlich entwickeln. Folglich wird kritisiert, dass die darin erworbenen Sichtweisen den Einzelfällen nicht gerecht werden können. Werden die individuellen Verläufe differentiell betrachtet, lässt sich erkennen, dass eine Breite von möglichen Auswirkungen früherer Belastungen vorliegt, die von vielen weiteren Faktoren wie Merkmale des Kindes und der Familie abhängig sind.<sup>1 24 25</sup> „Schlechte Startbedingungen führen offenbar nicht notwendigerweise zu einem schlechten Entwicklungsergebnis.“<sup>22</sup>

Die Autoren schließen daraus, dass stets neben den potentiellen Risiken auch die Entwicklungschancen aufgezeigt werden müssen.

### **4.3 Die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie**

Eine weitere deutsche Längsschnittstudie, die *Bielefelder Invulnerabilitätsstudie* wurde von Lösel und Mitarbeitern durchgeführt. Die Ziele der Studie sind die psychologische Widerstandsfähigkeit unter Bedingungen von hohem Entwicklungsrisiko zu untersuchen, sowie Resilienzphänomene außerhalb der Familie zu identifizieren und die in der Literatur

vorkommenden Schutzfaktoren zu überprüfen.<sup>1 24 25</sup> Als Zielgruppe dienten Jugendlichen aus 27 Heimen, die aus einem unterprivilegierten Milieu stammten und als Hochrisikogruppe für Erlebens- und Verhaltensprobleme eingestuft wurden. Im Gegensatz zur Mannheimer Risikokinderstudie wurden die TeilnehmerInnen von vornherein in zwei Gruppen aufgeteilt und zwar in Deviante, die auffällige Erlebens- und Verhaltensprobleme zeigten und in Resiliente, die sich psychosozial relativ gesund entwickelten. Die Aufteilung in die beiden Gruppen erfolgte anhand von Fallkonferenzen, einem Risikoindex aus 70 items, Erziehereinschätzungen und Selbstberichten.<sup>25</sup> Primär wurde die Erziehereinschätzung herangezogen, die sich dann nach den weiteren Untersuchungen als relativ valide erwies. Untersuchungsmethoden waren Interviews, Frage- und Selbsteinschätzungsbögen und Tests.<sup>1</sup>  
24 25

Folgende vier Merkmalskomplexe wurden erforscht:<sup>1</sup>

- Biografische Belastungen und Risikobedingungen
- Problemverhalten bzw. Erlebens- und Verhaltensstörungen
- Personale Ressourcen
- Soziale Ressourcen

Bei der Darstellung des Risikos erklären Lösel und Bender: „Bei unserer Risikodiagnose erfassten wir neben objektiven Faktoren (z.B. Scheidung der Eltern, Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse) auch subjektive Belastungen (z.B. erlebte Elternkonflikte, Vernachlässigung, Alkoholprobleme und finanzielle Schwierigkeiten), wobei der subjektive Risikoindex erwartungsgemäß stärker mit den berichteten Verhaltensproblemen korrelierte.“<sup>25</sup> Hierin wird wieder die Bedeutung der individuellen Wahrnehmung von Belastungen sichtbar. Nach zwei Jahren konnten sowohl in querschnittlicher wie auch in längsschnittlicher Betrachtung einige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sowie protektive Faktoren erfasst werden. „Die Gruppe der „Resilienten“ (RG) und die der „Auffälligen“ (AG) unterschieden sich eindeutig hinsichtlich der Symptombelastung sowie hinsichtlich der Variablen, die die personalen und sozialen Ressourcen betrafen (Temperament, intellektuelle Fähigkeiten, Coping-Stil, selbstbezogene Kognitionen, soziale Beziehungen, soziale Unterstützung und Erziehungsklima)“.<sup>1</sup>

Im Querschnitt konnten Lösel und Mitarbeiter folgende protektive Effekte feststellen:<sup>25</sup>

- Flexibleres und weniger impulsives Temperament
- Realistischere Zukunftsperspektiven
- Aktiveres Bewältigungsverhalten

- Weniger Vermeidungsverhalten und Hilflosigkeitsgefühl
- Mehr Selbstvertrauen
- Höhere Leistungsmotivation
- Bessere schulische Erfolge
- Feste Bezugsperson außerhalb ihrer hoch belasteten Familien
- Mehr Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung
- Bessere Beziehung zur Schule
- Erleben von harmonischerem und zugleich normorientierten Erziehungsklima in den Heimen

Ein Großteil der Jugendlichen, circa zwei Drittel veränderte sich nicht über die Zeit hinweg, sie blieben entweder stabil resilient oder deviant.<sup>25</sup> Ob sich die anderen in Bezug auf ihr Problemhalten im Längsschnitt positiv oder negativ entwickelten, war vor allem davon abhängig, wie das Erziehungsklima im Heim erlebt wurde. Ein autoritatives Klima mit den positiven Aspekten wie Zuwendung und Harmonie, das auch Struktur durch Normorientierung und Kontrolle vermittelte, hatte günstigen Einfluss.<sup>1 8 24 25</sup>

Darüber hinaus wurde untersucht, in welcher Weise Unterschiede zwischen den resilienten Jugendlichen und einer Vergleichsgruppe von normal entwickelten Jugendlichen bestehen. Es konnten kaum bedeutsame Differenzen gezeigt werden.<sup>1 25</sup> Ein kritischer Punkt der Studie ist, dass ein längerer Erhebungszeitraum wünschenswert wäre, dies jedoch aufgrund der kurzen Verweildauer der Jugendlichen im Heim schwer umsetzbar ist.<sup>24</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein Großteil der Ergebnisse auch mit anderen bedeutenden Längsschnittstudien, wie z.B. der Kauai-Studie übereinstimmt. Außerdem zeigt sich die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie sehr hilfreich bei der Untersuchung der Resilienzfaktoren bei Jugendlichen, die außerhalb ihres familiären Umfeldes aufwachsen.<sup>1 8</sup>

24 25

## 5 Kritische Reflexion und Ausblick der Resilienzforschung in der Zukunft:

Im Laufe der Jahre hat sich der Resilienzbegriff zu einem wahren Modekonzept entwickelt, lässt sich in wissenschaftlichen Zeitschriften bis in der Populärliteratur und Ratgeberecken der „yellow press“ wiederfinden.<sup>31</sup> Fingerle meint dazu, dass der Begriff „Resilienz“ zu einem willkürlich verwendbaren Marketingvehikel für Trainingsprogramme geworden ist.<sup>32</sup>

Daher sollte auch in Zukunft in der Forschung sorgsam mit dem Begriff umgegangen werden und weitere Punkte und Lücken beachtet werden.<sup>30 33</sup>

Masten zeigt in ihrem Artikel „Power of the ordinary“ auf, dass Resilienz nicht als etwas Außergewöhnliches betrachtet werden soll oder dass damit Menschen mit besonders magischen Fähigkeiten gemeint sind. Resilienzfaktoren sind viel alltäglicher als man denkt, wenn man nicht nur die außerordentlichen Fälle heranzieht, die das Thema inspirieren. Resilienz kann vielmehr als Phänomen betrachtet werden, das in natürlicher Weise bei Anpassungsprozessen des Individuums an die Umwelt auftritt. Resilienz entsteht nicht aufgrund von seltenen und speziellen Qualitäten, sondern durch die alltägliche Magie des Gewöhnlichen, anhand von normalen menschlichen Ressourcen im Geist, Gehirn und Körper der Kinder, in den Familien und Beziehungen, sowie in den Gemeinschaften. Dieses Faktum impliziert jedoch die Förderung von Kompetenzen und Humankapital in Individuen und in der Gesellschaft.<sup>7</sup>

Anhand des Fragebogens soll auch dargestellt werden, welche persönlichen Ressourcen die Eltern den Kindern zur Verfügung stellen können.

Diese ressourcenorientierte Sichtweise, die diverse Studien mit sich bringen, impliziert jetzt und in Zukunft die Aufgabe, auch Präventionsprogramme dahingehend auszurichten.<sup>27</sup> Die Aufmerksamkeit sollte auf die menschlichen Fähigkeiten und Anpassungssystemen gerichtet sein, die eine gesunde Entwicklung fördern. Darin besteht das Potential, politische Programme und Methoden zu prägen, die Kompetenzen und das Humankapital stärken. Folglich kann die Gesundheit von Gemeinschaften und Nationen verbessert werden während Probleme vorgebeugt werden.<sup>7</sup>

Darüber hinaus soll beachtet werden, dass bei der Förderung und Erforschung der Ressourcen, die Aufmerksamkeit nicht zu einseitig auf die persönlichen Ressourcen gelegt wird, sondern auch sogenannte Nischen, wo eine Person-Umwelt-Interaktion stattfinden kann,



sollen gefunden werden.<sup>27 32</sup> In diesem Sinne ist nach Fingerle eine Nische durch folgende Bedingungen konstituiert:<sup>32</sup>

Die erste wirkt stabilisierend.

- Sie überfordert nicht die Regulationsfähigkeiten einer Person – indem sie einerseits Stressoren fernhält, aber andererseits auch keine unerfüllbaren Veränderungsanforderungen (etwa im Kindesalter bezüglich der Selbstregulation) stellt.

Die beiden nächsten wirken im Sinne der Entwicklungsförderung:

- die Förderung der Exploration der Umwelt und der eigenen Fähigkeiten und
- eine Orientierung der Exploration auf Ziele, die anschlussfähig für die eigenen Fähigkeiten, aber darüber hinaus auch im weiteren Sinne sozial anschlussfähig sind.

Darüber hinaus plädieren Luthar et al. dafür in jeder Studie Klarheit über Definition und Terminologie des Resilienzbegriffes zu schaffen. Weiteres sprechen sie dafür, globale Aussagen eher zu vermeiden, die Aussagen sollten auf den präzisen Bereich, wo Resilienz manifest wurde, begrenzt werden.<sup>9</sup> Dabei ist die Tendenz in Zukunft dahin, nicht nur die Risiko- und Schutzfaktoren zu beschreiben, sondern vor allem die darunterliegenden Mechanismen zu erforschen, um auch die Variabilität der individuellen Entwicklungsverläufe, vor allem in Risikogruppen, zu verstehen.<sup>14 30 33</sup> Lösel und Bender raten dahingehend, person- und kontextabhängig, jeweils in der speziellen Situation zu fragen, „Risiko wofür?“ und „Schutz wogegen?“<sup>25</sup>

Hier erschließt sich auch eine Problematik der Längsschnittstudien. Als Gründe dafür werden angegeben, dass Resilienz kein über die Lebensspanne stabiles Persönlichkeitsmerkmal darstellt, sondern „eine zumeist zeitlich begrenzte, von verschiedenen (personalen und sozialen) Schutzfaktoren gespeiste psychische Widerstandsfähigkeit oder Bewältigungskapazität.“<sup>32</sup> Da es sich dabei um ein dynamisches Entwicklungskonstrukt handelt, sollten Längsschnittstudien nicht nur die Stabilität beachten, sondern auch die Fähigkeit von ehemals resilienten Individuen, sich nach Schicksalsschlägen oder schwierigen Perioden wieder zu erholen und so wieder ihren gehabten Resilienzstatus zu erreichen.<sup>9</sup>

Ein weiteres Problem, das hier auftritt, ist, dass es kaum Studien gibt, die Resilienz über die gesamte Lebensspanne erforscht haben. Gerade angesichts dessen, da ältere Leute einen immer größer werdenden Teil unserer Gesellschaft ausmachen. Interessant wäre hier zu erforschen, welche Kapazitäten und Potentiale in der späteren Lebensspanne bezüglich Veränderung und persönliches Wachstum vorhanden sind.<sup>29</sup> Luthar und andere Autoren sind

der Meinung, dass Resilienz an jedem Punkt im Lebenszyklus erreicht werden kann.<sup>6 9 29</sup> Ein Großteil der Studien endet im mittleren Erwachsenenalter, viele beziehen sich nur auf das Kindesalter.

Ebenso besteht weiterer Forschungsbedarf darin, inwieweit die Biologie und Gen-Umwelt-Interaktion eine Rolle spielen und in welcher Weise diese Einfluss haben.<sup>26 30</sup> Außerdem dürfen in Zukunft auch geschlechterspezifische Effekte nicht außer Acht gelassen werden. Es konnte immer wieder beobachtet werden, dass ein größerer Anteil an Frauen, Widrigkeiten im Kinder- und Erwachsenenalter effektiv bewältigen als dies bei Männern der Fall ist.<sup>29 30 34</sup>

Abschließend zu diesem Kapitel sei angeführt, dass viele Autoren, auf die Wichtigkeit von integrativer und multidisziplinärer Forschung für zukünftige Studienprojekte hinweisen. Eine vielfältige Betrachtungsweise von psychologischen, sozialen sowie biologischen und genetischen Prozessen ist hier von Bedeutung.<sup>1 9 10 14 30 33</sup>

In den weiteren Kapiteln soll der Fokus weiter auf die Forschungsfrage hin gestaltet sein. Es soll angeführt werden, welche Ursachen für frühkindliche Essstörungen es allgemein gibt und wo in der Literatur die Eltern-Kind-Beziehung dabei eine Rolle spielt. Erstmals in der Literatur wird hier die Persönlichkeitsstruktur der Eltern von Kindern mit frühkindlichen Essstörungen analysiert und deren Einfluss auf das Entstehen frühkindlicher Essstörungen näher betrachtet.

## 6 Frühkindliche Ess- und Fütterstörungen

Einer der häufigsten Gründe, die zu einem Besuch beim Pädiater führen, sind frühkindliche Essstörungen. „Die Komplexität des Spektrums reicht von der Sorge einer Mutter über die Frage der richtigen Ernährung beim ersten Kind bis hin zur lebensbedrohlichen Gedeihstörung, die zu schwerwiegenden Schäden bis hin zur Entstehung irreversibler Entwicklungsverläufe führen kann.“<sup>3</sup>

Oftmals führt der Begriff frühkindliche Essstörungen, vor allem auch im angloamerikanischen Raum zur Verwirrung. Daher verwenden die Autoren vorrangig die Bezeichnung *Essverhaltensstörung* und dadurch wird der Fokus auf die äußerlich sichtbare Verhaltensebene gewendet, die auch in der klinischen Beobachtung leicht zugänglich ist.<sup>3</sup> Der Begriff Gedeihstörung oder „Failure to Thrive“ führt ebenso des Öfteren zum Chaos in der Terminologie. Hier sei zu betonen, dass es sich um keine Diagnose, sondern um ein Symptom handelt. Nicht jede Fütterungsstörung führt zur Gedeihstörung und nicht jede Gedeihproblematik basiert auf einer Ess-Fütterungsstörung.<sup>4</sup>

Die Entstehung des Essverhaltens ist zum einen genetisch beeinflusst, zum anderen von der Umwelt mitbestimmt. Die Fähigkeit eines Kindes, die Meilensteine der Entwicklung zu bewältigen, die nötig sind, um Gesundheit und Wachstum durch mündliche Nahrungsaufnahme zu gewähren, ist mittels eines angeborenen Musters von genetischen Informationen organisiert. Für die individuelle Koordination von physiologischen, motorischen, neurologischen, sensorischen und psychologischen Aspekten, die bei der Nahrungsaufnahme eine Rolle spielen, ist dieses angeborene Programm verantwortlich. Die hauptsächlich externen Stimuli, die die Kinder anregen, um nach Essen zu streben, sind soziale Motivation, Geschmack, Geruch und das Aussehen der Nahrung.<sup>3 35 36 37</sup> Folglich, erklären Dunitz et al., dass Ernährung eine Aktivität ist, bei jener die genetische Information durch eine Vielzahl vorgegebener Eigenschaften ausgedrückt wird. Dies beeinflusst alle Erwachsenen wie Kinder, die in der Nahrungsaufnahme involviert sind. Diese Aspekte kombiniert mit umfeldbedingten und kulturellen Einflüssen werden von einer Generation zur nächsten übertragen.<sup>35</sup>

Die Frage jedoch, wie genau und in welchem Ausmaß genetische Faktoren und die Umwelt interagieren, sodass es zu Essenspräferenzen und bestimmter Nahrungsaufnahme kommt, ist komplex. Birch führt das darauf hin, dass die Eltern beides bereit stellen, die Gene der Kinder

und das Umfeld.<sup>38</sup> Auf die Vielfalt der Aspekte des Einflussbereichs weisen auch Dunitz-Scheer et al. hin: „Wie bei vielen anderen körperlichen Funktionen ist das Zusammenspiel der sozialen, kognitiven, emotionalen und viszeralen Variablen des Essens höchst sensitiv und anfällig auf Einflüsse und Störungen von Außen.“<sup>4</sup>

Eine gute Übersicht gibt die Einteilung der Essverhaltensstörungen nach der multiaxialen diagnostischen Klassifikation des Zero To Three, die durch die Autorin Irene Chatoor publiziert wurde.<sup>39</sup> Ein Teil der Klassifikation betrifft die Eltern-Kind-Beziehung, im weiteren Sinne die Interaktionsqualitäten der Eltern mit dem Kind. Folglich spricht man von Fütterungsstörungen, da die Eltern-Kind-Interaktion, vor allem die Mutter-Kind-Interaktion beim Füttern einen wesentlichen Teil darstellen.<sup>3</sup> <sup>39</sup> Grundsätzlich sind bei der Nahrungsaufnahme immer beide Seiten involviert. Gleichmaßen spielen das Denken und Fühlen des Erwachsenen, das die Person auch in ihrem/seinem Ess- und Fütterverhalten ausdrückt, eine Rolle, wie auch die Welt der Aktion und Reaktionen des Kindes.<sup>35</sup>

Ob dabei der Resilienzstatus der Eltern für die Entwicklung von frühkindlichen Essstörungen eine Rolle spielt, wird im empirischen Teil überprüft werden.

Im Rahmen der empirischen Untersuchung wird kein Unterschied zwischen organischen und nicht-organischen Ursachen für frühkindliche Essstörungen gemacht, da sowohl die psychosoziale wie die medizinische Komponente stets eine Rolle spielen. Dunitz et al. legen deutlich dar, dass es kein exklusives medizinisches Problem gibt, das nicht auch die Entwicklung des Kindes und das umgebende Fürsorgesystem beeinflusst. Gleichmaßen gibt es auch keine in erster Linie rein fehl angepasste psychosoziale Situation, die nicht irgendwann zu einem größeren medizinischen Problem werden kann. Sie kann zum Beispiel in eine Gedeihstörung, schwere Mangelernährung oder andere potentiell lebensbedrohliche Bedingungen resultieren.<sup>35</sup>

## **6.1 Übersicht der frühkindlichen Essstörungen**

Die Einteilung der frühkindlichen Essstörungen nach dem Zero to Three- Schema von Chatoor basiert auf den Phasen der allgemeinen kindlichen Essentwicklung. Manche Essstörungen treten spezifisch während bestimmter Entwicklungsphasen auf während andere in jedem Alter des Kindes auftreten können.<sup>39</sup>

In dieser Darstellung der Diagnosekriterien basierend auf den Autoren Chatoor, Dunitz-Scheer und Scheer wird vor allem von Fütterungsstörungen gesprochen. Diese Ausdrucksweise weist vor allem auf die diadische Dimension des Essens hin.<sup>3 39</sup>

### **6.1.1 Fütterungsprobleme bei Regulationsstörung:**

Diese Art von Essstörung tritt vor allem in der Neugeborenenphase auf. In den ersten Monaten kommt es zur Regulation von Essen, Schlafen und Emotionen. Während im Uterus der Säugling kontinuierlich über die Nabelschnur gefüttert wurde, wird nun der Beginn und Ende des Essens über Hunger- und Sättigungsgefühl kontrolliert. Dabei können sie von den Eltern gut unterstützt werden. Die Fürsorgeperson muss die Signale des Kindes genau erkennen und darauf antworten. Beide, das Kind sowie die Fürsorgeperson tragen zu einer erfolgreichen Regulation des Fütterns bei.<sup>39</sup>

Die Essstörung zeigt sich darin, dass das Baby entweder zu müde oder zu unruhig ist, um ausreichend trinken zu können. Es sendet unklare Hungersignale und die „Zeitfenster“, in denen es bereit und willens ist, gefüttert zu werden, sind extrem kurz. Oft sind das auch sogenannte „Schreibabies“.<sup>3</sup> Folglich besteht hier ein erhöhtes Risiko, eine Gedeihstörung zu entwickeln.

Frühgeborene mit einem noch nicht ausgereiften Zentralnervensystem oder Kinder mit Herz- oder Lungenproblemen haben das größte Risiko eine Essstörung durch Regulationsschwierigkeiten zu bekommen.<sup>39</sup>

### **6.1.2 Die Rolle der Eltern**

Die Rolle der Eltern besteht hier vor allem darin, in ihrem Verhalten beizutragen, dass die Kinder zu einer gesunden Regulation finden können.<sup>3 39 40</sup>

### **6.1.3 Essverhaltensstörung bei Bindungsstörung**

Hierbei tritt die Problematik zwischen dem zweiten und sechsten Monat auf. Anfangs war die Selbstregulation des Säuglings unauffällig. Nach dem zweiten Monat jedoch kommt es zu einer vermehrten Interaktion zwischen Mutter und Kind. Dieser Aufbau von Bindung und reziproker Beziehung gestaltet sich vor allem durch gegenseitigen Augenkontakt, wechselnder Vokalisation und körperlicher Nähe. Die Qualität dieser Bindung wirkt sich auch

auf die Fütterungsinteraktion aus.<sup>3 39 40</sup> Chatoor erklärt, da viele Interaktionen zwischen dem Kind und der Fürsorgeperson in dieser Entwicklungsperiode um das Füttern herum passieren, steht die Regulation der Nahrungsaufnahme eng in Zusammenhang mit der gefühlsbezogenen Bindung des Kindes mit der Fürsorgeperson.<sup>39</sup>

Somit liegt hierbei die Störung „(...)in der subjektiven Wahrnehmung der Qualität der Bindungs- und Beziehungswelt selbst, die zwischen dem Kind und seiner primären Bezugsperson herrscht.“<sup>3</sup> Folglich leiden das Füttern, das Wachstum und die Entwicklung des Kindes darunter. KrankenhausärztInnen und ForscherInnen haben beschrieben, dass bei dieser Art von Essverhaltensstörung, Mütter ein weniger positives Bindungsverhalten und diadische Wechselwirkung zeigen als dies bei gesunden Essern der Fall ist.<sup>39</sup>

Ein weiterer Aspekt, der diese Kinder auszeichnet, ist ein langsames, aber stetiges Herausfallen aus der Gewichtspersentile. Sie lächeln kaum bzw. später, vermeiden den Augenkontakt und sind in ihrer Responsivität und Kommunikationsentwicklung verlangsamt.<sup>3</sup> Diese Kinder zeigen vor allem eine unsichere Bindungsstörung.<sup>39</sup>

### *6.1.3.1 Die Rolle der Eltern*

Die Gruppe der Mütter, die Bindungsstörungen aufweisen, sind durch verschiedene psychopathologische Muster geprägt. Dabei kann es sich um vorübergehende postpartale Depressionen bis hin zu Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen handeln. Im Weiteren leben diese Mütter auch vermehrt in Armut, sind arbeitslos, alleinerziehend oder wurden von ihrem Partner missbraucht. Als Folge dieser Aspekte wird in der Literatur auch von Vernachlässigung der Kinder gesprochen.<sup>3 39 40</sup>

„So können beispielsweise Mütter mit postpartalen Depressionen ihr Kind mechanisch korrekt versorgen und oberflächlich alles ‚richtig machen‘; es fehlen jedoch die erwartete Freude, Zugewandtheit, subjektive Verschmelzungsbereitschaft sowie die Begeisterung über das Baby und die neue Zeit mit ihm.“<sup>3</sup>

Jede Art von psychiatrischer Erkrankung der Mutter wirkt sich negativ auf die Bindungsqualität aus, wenn sie vom Umfeld nicht kompensiert werden kann. Diese Bindungsstörung lässt sich kaum von der Fütterungssituation abgrenzen, das hat Chatoor et al bereits in einigen Studien nachgewiesen. Kinder mit dieser Essverhaltensstörung und deren Mütter zeigen eine weniger positive Bindungsqualität und wechselseitige Interaktion während des Fütterns als gesunde Esser.<sup>39</sup>

#### 6.1.4 Frühkindliche Anorexie, Individuationsstörung

Diese Essverhaltensstörung kommt im Alter von sechs Monaten bis zu drei Jahren vor. Entwicklungspsychologisch ist dies die Phase, wo die Kinder ihr Autonomieverhalten erlernen und ausprägen, anders dargestellt, die Periode der Separation und Individuation. In Bezug auf die Fütterungsszene und das Essverhalten, zeigt es sich darin, dass die Kinder selbstständig essen, wie zum Beispiel den Löffel selber halten wollen.<sup>40 41</sup> „Es sollte der Beginn des selbstständigen ‚Mitessens‘ sein, der in allen Kulturen nutritiv unterschiedlich, aber inhaltlich und quantitativ gewährleistet ist.“<sup>3</sup>

Ein weiterer Aspekt dieser Entwicklungsphase ist, dass die Kinder lernen, den Unterschied zwischen Hunger, Sättigungsgefühl und emotionalen Erfahrungen und Bedürfnissen zu verstehen lernen. Dies kann aber nur dann passieren, wenn die Eltern die Signale wahrnehmen und adäquat darauf reagieren.<sup>39 42</sup> Wenn die Eltern nicht fähig sind, die emotionalen Bedürfnisse des Kindes zu verstehen, indem sie Nahrung anbieten, verwechselt das Kind Hunger mit emotionalen Erfahrungen und lernt, zu essen oder das Essen zu verweigern, wenn es gelangweilt, einsam, frustriert oder verärgert ist.<sup>39 43</sup>

Folglich ist das Essverhalten des Kindes vorwiegend von äußeren Stimuli oder emotionalen Erfahrungen bestimmt. Der daraus folgende Verlust an interner Regulation wirkt sich negativ auf das Essverhalten aus. Die Kinder essen wenig bis gar nicht, woraufhin reaktiv das Verhalten der Eltern noch mehr Druck ausübt, das jedoch erfolglos bleibt.<sup>38 42 43</sup> Chatoor erklärt, das Kind verweigert das Essen mit dem Versuch Autonomie und Kontrolle zu erreichen. Dies ist eine Strategie, die dazu dient, die Mutter noch tiefer in das Essverhalten des Kindes zu involvieren und das Bedürfnis des Kindes nach Aufmerksamkeit zu erfüllen. Folglich ist das Füttern des Kindes bestimmt durch dessen emotionale Bedürfnisse anstatt durch die physiologischen Empfindungen von Hunger und Sättigkeit. Darüber hinaus scheitert es daran, somatopsychologische Unterscheidungen zu entwickeln.<sup>44</sup>

Als weitere Charakteristika dieser Kinder mit infantiler Anorexie zeigen sich seltene Kommunikation von Hunger, fehlendes Interesse an Nahrung allgemein und Wachstumsdefizite.<sup>43</sup> Differentialdiagnostisch betrachtet hinsichtlich anderer Essstörungen, sind hier in der Vorgeschichte keine traumatischen Ereignisse oder im Zusammenhang stehende medizinische Krankheiten vorhanden.<sup>39</sup>

#### 6.1.4.1 Die Rolle der Eltern

Für Mütter ist dieser Übergang der Kinder in die Selbstständigkeit oft ein schwieriger Prozess. „Aufgrund eines erhöhten und irgendwie obsessiven Wunsches nach Kontrolle, Zeiteinteilung, Sauberkeit und Ordnung (was im Zusammenhang mit der Wahrnehmung, weniger exklusiv vom Baby gebraucht zu werden sowie einem Mangel an akademischen Input bei vorheriger beruflicher Tätigkeit stehen könnte) fühlt sich die Mutter für das Füttern von exakten Nahrungsmengen und –inhalten verantwortlich. Der wachsende Wunsch des Kindes, die Welt selbstständig zu erkunden und autonom zu werden, prallt auf die stressige Atmosphäre von Angst, Kontrolle und Druck rund um die Fütterungszeiten durch die Mutter“<sup>40</sup>

Vor allem Chatoor hat die Mutter-Kind-Interaktion bei Auftreten von frühkindlicher Anorexie erforscht. Sie schreibt, dass Kinder mit infantiler Anorexie weniger diadischen Austausch und Eventualitäten mit der Mutter, jedoch vermehrten diadischen Konflikt und Kontrollkampf demonstrieren als gesunde Esser.<sup>39</sup>

Das Vorkommen intensiver Mutter-Kind-Konflikte, sowie Macht- und Kontrollkämpfe während des Essens konnten in mehreren Studien beobachtet werden.<sup>3 4 38 40 41 42</sup>

Darüber hinaus konnten in klinischen Settings besondere Charakteristika dieser Kinder, besonders deren Temperamentmerkmale und ihrer Mütter beobachtet werden, deren bidirektionales Wirken das Ausmaß der Essstörung verstärkt. Die Kinder sind neugierig auf ihre Umwelt, sehr aktiv, eigensinnig, stur und verlangen viel Aufmerksamkeit während die Mütter ängstlich erscheinen.<sup>39</sup>

In einer anderen Studie von Chatoor et alia wurden bei der Einschätzung des Temperaments der Kinder von den Eltern im Vergleich zu gesunden Esser ähnliche Ergebnisse erzielt. Kinder mit infantiler Anorexie werden von ihren Eltern stärker emotional, negativer, unregelmäßiger im Ess- und Schlafrythmus, abhängiger, unaufhaltbarer und schwieriger eingestuft als dies bei gesunden Kindern der Fall ist.<sup>43 45</sup> In weiterer Folge korrelierte ein schwieriges Temperament mit vermehrten Mutter-Kind-Konflikten und niedrigerem Gewicht.<sup>39 43</sup>

Auf Seiten der Eltern konnte beobachtet werden, dass die Mütter, im Vergleich zu anderen, deren Kinder ein gesundes Essverhalten aufweisen, öfters ein unsicheres Bindungsverhalten zu ihren eigenen Eltern aufwiesen. Darüber hinaus zeigte sich, dass die unsichere Bindung der Mütter und ihr eigener aufgesetzter Druck, schlank zu sein, maßgeblich im Zusammenhang mit Mutter-Kind-Konflikten während des Fütterns steht.<sup>39 42 43 46 47</sup>



Diese Wechselwirkung zwischen Mutter und Kind endet in einem „circulus vitiosus“. Vermehrte Konflikte während des Essens implizieren ein niedrigeres Gewicht. Die Unsicherheit der Mütter verstärkt sich, wobei es wiederum zu weiterem Konfliktpotential kommt, das die Nahrungsaufnahme hemmt.<sup>43 45</sup> Chatoor legt dar, dass diese Forschungsergebnisse, ein Transaktionsmodell unterstützen, in dem die Merkmale des Kindes und der Eltern mit Konflikten während der Fütterungsinteraktionen assoziiert werden können. Weiters steht dieser Konflikt im Zusammenhang mit einem Wachstumsdefizit des Kindes.<sup>39</sup>

### 6.1.5 Neurosensorische Essverhaltensstörung

Die Kinder mit neurosensorischer Essverhaltensstörung stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. „Mit dem Begriff *neurosensorische Essverhaltensstörung* bezeichnen verschiedene Berufsgruppen verschiedene Störungen, die alle gemeinsam mehr ‚organische‘ Qualität zeigen.“<sup>3</sup> Die Symptomatik zeigt sich in Dysphagie und beeinträchtigter Schluckfunktion. Kinder mit neurologischen Defiziten oder die postasphyktische Störungen aufweisen bis zu Kinder mit Entwicklungsverzögerungen kommen in diesem Bereich vor. In dieser Kategorie sind spezifisch alle neurosensorischen und sensorischen Wahrnehmungsstörungen im Kontext von Fütterungsstörungen vorzufinden.<sup>40</sup>

Der Bereich wird in vier Hauptgruppen eingeordnet:<sup>40</sup>

- Die erste Gruppe ist laut Dunitz folgendermaßen charakterisiert: „Physisch gesunde Kinder, deren Hauptproblem eine atypische sensorische Reaktion auf Geschmack, Konsistenzen und Gerüche von Nahrungsmittel ist, wie es etwa bei Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, frühkindlichem Autismus oder Down-Syndrom zu sehen ist.“<sup>40</sup> Diese Kinder entwickeln sich in Bezug auf selbständige Nahrungsaufnahme oft nicht weiter. Der Übergang in Richtung Löffelkost oder fester Kost misslingt.
- Die zweite Gruppe umfasst Kinder, die eine Entwicklungs- und neurologische Störung aufweisen, die die Saug- und Schluckfunktion beeinträchtigt und folglich zu Fütterungsstörung führt.<sup>40</sup>
- Die dritte Gruppe stellt die sogenannten „Picky eaters“ dar. Das sind Kinder, die ein hochselektives Essverhalten aufweisen, jedoch in allen Bereichen normal entwickelt sind. „Sie zeigen eine orale Übersensibilität mit sehr ausgeprägten Geschmacks- und Konsistenzpräferenzen und akzeptieren nur wenige Nahrungsmittel.“<sup>40</sup>

Eltern haben auch beobachtet, dass diese Kinder nur sehr widerwillig neues Essen ausprobieren. Dies wird auch Neophobia genannt und kommt vor allem beim Übergang von Muttermilch zur Normalkost vor. Warum es dazu kommt, ist nicht ganz geklärt. Birch stellt folgende Erklärung dazu auf. Möglicherweise werden die meisten neue Nahrungsmittel deshalb nicht sofort akzeptiert, da neue, unbekannte Substanzen zu sich zu nehmen risikohaft sein bzw. als risikohaft wahrgenommen werden kann.<sup>38</sup>

Die Diagnose einer Essstörung sollte jedoch nur dann erstellt werden, wenn es zu Mangelerscheinungen, Malnutrition oder schwerwiegenden sozialen Schwierigkeiten wie sozialen Ängsten und Vermeidungsverhalten kommt.<sup>39</sup> Darüber hinaus macht Chatoor darauf aufmerksam, dass die Verweigerung der Kinder, verschiedene Nahrungsmittel zu essen, auch Besorgnis bei den Eltern und Konflikte innerhalb der Familien während der Mahlzeiten kreieren kann.<sup>39</sup> Ebenso kann vermutet werden, dass die Eltern selbst sehr selektive Esser sind. Frühere Studien zeigen, dass die genetische Prädisposition und das Essensumfeld die Nahrungsmittelpräferenzen der Kinder beeinflusst.<sup>39</sup>

- In der vierten Gruppe befinden sich Kinder, die eine Mischung aus oral sensorischen Empfindungs- und Wahrnehmungsproblemen mit neurologischen motorischen Defiziten in der Schluckfunktion aufweisen. Kinder mit Entwicklungsrückstand oder neurodegenerativen Erkrankungen können hier ebenso auftreten.<sup>40</sup>

#### **6.1.6 „Post medical disorder food aversion“**

„Alle Essverhaltensstörungen, die im Zusammenhang mit einer aktuellen oder vergangenen medizinischen Problematik stehen, werden durch diese diagnostische Kategorie klassifiziert. [...] Jegliche zu Grunde liegende medizinische Problematik kann sich auf die allgemeine Entwicklung, den Appetit, die Motivation und die Erkundungsbereitschaft des Kindes negativ auswirken.“<sup>40</sup> Kinder, die erkranken, verlieren oft vorübergehend an Appetit und verweigern das Essen, was man durchwegs als physiologisch betrachten kann. Bei schwereren Erkrankungen wie Tumorerkrankungen kann es während der Therapie zu einem Unvermögen zu essen kommen. Erst wenn es zu Gewichtsstagnation bzw. -verlust kommt, sollte interveniert werden. „Die Prognose ist beim Sistieren der auslösenden Erkrankung an sich gut und bedarf höchstens einer beruhigenden Unterstützung durch den Kinderarzt.“<sup>3</sup>

### 6.1.7 Posttraumatische Essverhaltensstörung

Ein Hauptcharakteristikum dieser Gruppe ist, dass die Kinder Angst vor der Nahrungsaufnahme haben und folglich kommt es zu einer visuell auslösbaren, aktiven und „bewussten“ Abwehr.<sup>3</sup> Die Ursache für diese posttraumatische Symptomatik kann aus einer früheren Erfahrung eines übergriffigen Fütterungsverhaltens hervorgehen. Weitere Möglichkeiten, die dazu führen, sind andere unspezifischere vorangegangene orale Traumen wie z. B. bei der Mundpflege in der Intensivpflege oder andere unspezifische Verletzungen der Autonomie und Intimsphäre des Kindes. Jedoch ist dies nicht immer genau nachvollziehbar.<sup>3</sup>

Das Abwehrverhalten, das laut Studien von Chatoor, stärker ausgeprägt ist als bei gesunden Essern oder Kinder mit infantiler Anorexie impliziert ein großes Konfliktpotential in der Fütterungsszene. Der aktive Widerstand setzt Mütter unter Druck und ein Teufelskreis entsteht.<sup>39</sup> „Das Letzte ist die langsame, aber stetige Entfernung des Kindesvaters aus dem Themenkreis, sodass die pathologisch symbiotische Regression der Mutter mit dem nicht zu ernährenden Kind immer auch eine Paarproblematik und eine massive Störung der triadischen Kommunikation aus der Sicht des Kindes zur Folge hat.“<sup>3</sup> In weiterer Konsequenz fühlen sich Mütter allein gelassen und überfordert. Gefühle wie Hilflosigkeit, des sich Unverstanden-Fühlens und Aggression münden in einem Stress, der sich in der nächsten Fütterungssituation bemerkbar macht.<sup>3</sup>

### 6.1.8 Frühgeborene und Sondenkinder

Ergänzend soll noch die Gruppe der Sondenkinder erwähnt werden, die vor allem aufgrund der Erweiterung der medizinischen Möglichkeiten aktuell geworden ist. Dunitz et al. schreiben, dass diese Gruppe, die vor allem aufgrund der modernen Medizintechnik überleben, eine spezielle Risikogruppe für die Entwicklung von Fütterungsproblemen darstellen. Der Grund dafür liegt darin, dass jeweiliger psychologischer Stress auf das Baby oder der Fürsorgepersonen ausschlaggebend sein kann für die Entwicklung einer Fütterungsproblematik, wenn die Notfallinterventionen vorbei sind.<sup>35</sup> Das Risiko für diese Kinder, frühkindliche Essstörungen zu entwickeln, ist eindeutig höher. „Es sind junge und kleine Kinder betroffen, die als Frühgeborene oder postpartale chirurgische Patienten meist primär mit einer nasogastralen Sonde (NG-Sonde) versorgt wurden, sekundär jedoch

unbeabsichtigt von der Sondenernährung abhängig geworden sind, weil der Übergang zum selbst gesteuerten Essenlernen nicht erfolgt ist.“<sup>3</sup>

Dunitz-Scheer et al. erklären dies folgendermaßen: „Für sondenernährte Kinder ist Essen von Anfang an das, was die Pflegeperson in den Schlauch füllt. Der Akt hat nichts mit seinen Vorlieben, Geschmack oder seinem Mund zu tun und meist auch nicht mit selbst gefühltem Hunger- oder Sättigungsgefühl.“<sup>4</sup> Diese Kinder müssen, was andere in den ersten Lebensjahren natürlich entwickeln und lernen, in einem späteren und kurzen Zeitrahmen nachholen. Die erkannten Phasen der Essentwicklung und Förderung der Selbstregulation sind dabei von hoher Bedeutung.<sup>4</sup>

## **7 Die Rolle der Eltern in Bezug auf frühkindliche Essstörungen, bisherige Forschungsergebnisse**

Im vorhergehenden Kapitel wurde in den einzelnen Gruppen die Rolle der Eltern, spezifisch auf das jeweilige Krankheitsbild, bereits angedeutet. In weiterer Folge soll nun der Einfluss der Eltern auf das Essverhalten nach den Kenntnissen der bisherigen Forschung dargestellt werden.

Die Verantwortung des Fütterns tragen normalerweise die Eltern, besonders die Mutter. Die Fütterungsbeziehung zwischen dem Kleinkind und den Eltern ist von besonderer Bedeutung. Sie formt eine entscheidende Basis für die emotionale Entwicklung des Kindes und trägt darüber hinaus zum elterlichen Vermögen bei, die Fürsorge für ihr Kind mit Vertrauen und Zufriedenheit zu erfahren. Ist nun die Fütterungssituation gestört, gefährdet dies auch die Eltern-Kind-Interaktion.<sup>48</sup>

Herkömmliche Fütterungspraktiken, die im Umgang mit Kindern häufig angewendet werden, stellt Savage folgendermaßen dar. Kinder werden oft aufgrund von Stressverhalten häufig und schnell gefüttert. Ihnen werden Nahrungsmittel angeboten, die speziell für Säuglinge und Kleinkinder hergestellt wurden. Wenn möglich, wird bevorzugtes Essen serviert. Weiteres werden die Kinder angeregt, so viel zu essen wie möglich, wenn das Essen verfügbar ist. Dafür werden oft Fütterungspraktiken mit Zwang und Druck angewendet.<sup>42</sup>

Kinder sind auf natürliche Weise von ihren Eltern und Fürsorgepersonen in Bezug auf Essen abhängig. Die Eltern gestalten das Umfeld, in denen die Kinder ihre Essverhalten und -gewohnheiten erlernen und können durch gewisse Entscheidungen Einfluss nehmen.<sup>37 41 42 49</sup>

Ventura und Birch legen dies folgendermaßen dar. Diese Entscheidungen schließen mit ein, wann das Essen stattfinden wird und in welchem Ausmaß als Reaktion auf Hunger oder Bedrängnis der Kinder gefüttert wird. Weiters können die Eltern das Setting beeinflussen, in dem das Füttern stattfindet, sowie die Nahrungsmittel und die Portionsgrößen, die den Kindern zur Verfügung gestellt werden. Schließlich spielt die Art der Fütterungspraktik eine wesentliche Rolle. Sie kann das Essen der Kinder fördern, jedoch auch demotivieren. Alle diese Faktoren haben das Potential, das Lernen der Kinder über Nahrung und Essen zu beeinflussen.<sup>50</sup> In anderen Worten dargestellt, Kinder lernen in den ersten fünf Lebensjahren, was, wann und wie viel zu essen ist, basierend auf der Vermittlung von kultureller und familiärer Überzeugungen, Haltungen und Praktiken bezüglich Nahrungsmittel und Essen.<sup>42</sup> Dieser Einflussbereich sollte jedoch immer bidirektional betrachtet werden, sprich sowohl das Kind hat Einfluss auf die Eltern wie auch umgekehrt.<sup>39 42 43 46 49</sup> Ventura und Birch schreiben, dass es an soliden Beweisen mangelt, dass die Kindererziehung alleine ursächlich Einfluss auf das Essverhalten des Kindes und in Folge auf dessen Gewicht ausübt. Nimmt man auf die allgemeine Literatur der Kindererziehung Bezug, wird deutlich, dass Kindererziehung reagierend auf die Charakteristiken und Verhalten der Kinder ist und darüber hinaus auch davon beeinflusst wird. Somit sollte jeder direkte Zusammenhang zwischen Kindererziehung und Gewicht des Kindes ebenso in die andere Richtung gesehen werden, sprich inwiefern das Kindsgewicht das Elternverhalten beeinflusst.<sup>50</sup>

Diese bidirektionale Sichtweise wurde im vorhergehenden Kapitel bereits dargestellt, zum einen der Teufelskreis, der sich aus schwierigen Fütterungssituationen oder bei Kindern mit schwierigen Temperamenten ergibt, der den Druck und Stress auf die nächste Nahrungsaufnahme erhöht. Erfolgreiches Füttern im Säuglingsalter und der frühen Kindheit ist von einer komplexen Interaktion zwischen der Fürsorgeperson und des Kindes abhängig. Diese Interaktion kann durch Charakteristiken oder Verhalten sowohl der Eltern wie auch der Kinder oder aus einer Mischung aus beiden gestört werden.<sup>51</sup> Dunitz-Scheer et al. fügen folgendes hinzu: „Jede Essverhaltensstörung führt zu Stress und zur Entstehung von diadischen und triadischen Beziehungsstörungen, Druck, Angst, Hilflosigkeit. [...] Jede Beziehungsproblematik kann in der Fütterungsatmosphäre bemerkbar werden.“<sup>4</sup>

Das Gewicht spielt unter anderem auch bei frühgeborenen Kindern eine Rolle. Diese Kinder, die aus der Intensivpflege kommen sind gerade dabei ein autoregulatives Leben außerhalb des Krankenhauses zu etablieren. Dabei sind sie des Öfteren einem erhöhten Erwartungsdruck einer beschleunigten Gewichtskurve ausgesetzt.<sup>35</sup> Die Angst, das Kind könnte mit dem

Wachstum und der Entwicklung nicht nachkommen und der Glaube, man könne durch vermehrte Nahrungsaufnahme den Wachstum um vieles beschleunigen, erhöht den Druck in der Fütterungssituation. Dieser Druck ist jedoch nicht förderlich. Dunitz et al. meinen, dass die Idee, die mündliche Nahrungsaufnahme eines Säuglings zu steigern, indem vermehrt externer Druck auf das Fütterungssystem ausgeübt wird, ist unrealistisch und falsch, jedoch nicht selten. Als Ausnahme gelten hier Fälle der Kindesvernachlässigung. Die häufigsten Stressquellen, die sich auf die Fütterungsinteraktion auswirken können, sind unpassende Erwartungen, die von Verwandten oder nahestehenden Personen außerhalb der Mutter-Kind-Diade ausgedrückt werden.<sup>35</sup>

## 7.1 Kontrollverhalten der Eltern und der soziale Kontext

Im Weiteren sei zu erwähnen, dass es zwei Arten von Kontrolle gibt, die Eltern ausüben können: Einschränkung und Druck. Einschränkung involviert, dass der Zugang zu *junk food* gedrosselt, sowie die Menge der Nahrungsaufnahme eingeschränkt wird. Druck zielt darauf ab, Kinder zum Essen gesunder Nahrungsmittel (normalerweise Obst und Gemüse) zu bewegen sowie mehr zu essen.<sup>49</sup> Oft verwenden die Eltern eine Kombination aus beiden, um gewisse Ergebnisse zu erzielen. Zum Beispiel werden Süßigkeiten, die einerseits eingeschränkt werden, als Belohnung verwendet, um Kinder zu drängen, gesunde Nahrungsmittel zu essen.<sup>49 52</sup> Kurzzeitig kann es zu einer vermehrten Einnahme der gesunden Nahrungsmittel kommen, doch Studien belegen, dass es längerfristig negative Effekte auf die Qualität der Ernährung der Kinder hat, da es dadurch zur vermehrter Abneigung dieser Nahrungsmittel führt.<sup>36</sup>

Mehrere Untersuchungen können belegen, dass der Druck kontraproduktiv dem Essverhalten gegenübersteht.<sup>4 38 42 49</sup> Die Studie von Galloway et al konnte deutlich zeigen, dass der Druck, die Kinder sollten bestimmte Nahrungsmittel mehr essen, die Nahrungsaufnahme dieser verringerte, selbst auch dann, wenn sie nicht dazu gedrängt wurden. Weiters zeigten die Ergebnisse, dass die Kinder, die von ihren Eltern beim Essen bedrängt wurden, deutlich niedrigere BMI-Werte aufwiesen als jene, die mit keinem Druck konfrontiert waren.<sup>53</sup>

Ebenso war die affektive Reaktion zum Essen negativ konnotiert, wenn Druck ausgeübt wurde. Kinder reagierten eher emotional in Form von negativen Bemerkungen, wenn sie zum Essen gedrängt wurden im Vergleich zur gegensätzlichen Untersuchungsgruppe.<sup>53</sup>

Darüber hinaus konnten als weitere negative Konsequenzen ein vermehrtes Diätverhalten bei jungen Mädchen, erhöhtes Auftreten von „Picky eaters“ und verminderter Konsum von Obst und Gemüse beobachtet werden.<sup>53 54</sup>

Dieses Kontrollverhalten der Eltern ist auch auf Seiten des Kindes zu beobachten. Von der kindlichen Perspektive betrachtet, ist Essen oder nicht Essen eine der wenigen Möglichkeiten, wobei sie Kontrolle über ihr eigenes Umfeld und ihre Eltern ausüben können. Demzufolge handelt es sich bei der Reaktion des Kindes auf die Wünsche der Eltern schon von frühem Alter an mehr um Kontrolle als um Essen.<sup>53</sup> Dieses Bedürfnis nach Kontrolle der Kinder steht stark im Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Autonomie. Savage meint, dass die Erziehungspraktiken und Eltern-Kind-Interaktionen während des Fütterns in dem Grad variieren, bezüglich in welchem Ausmaß die Autonomie beim Essen den Kindern gewährt wird.<sup>42</sup>

Eltern sollten Kinder fördern, selber ein Gefühl für Hunger und Sättigung zu entwickeln, folglich eine angemessene Nahrungsaufnahme regulieren und kontrollieren zu lernen.<sup>4 42</sup> Savage et al. legen dar, dass es Fütterungsstrategien braucht, die dem Hunger- und Sättigungsgefühl der Kinder nachkommen, sowie die Aufmerksamkeit der Kinder auf Hunger und Sättigkeit bestärken und folglich die Selbstregulation unterstützen.<sup>42</sup>

Durch das Kontrollverhalten der Eltern sind die Kindern darauf fokussiert, zur Regulation der Nahrungsaufnahme auf äußere Kriterien wie Größe der Essensportion, Belohnung und *den Teller leer essen* fokussiert, anstatt auf die inneren Signale wie Hunger und Sättigkeit zu achten.<sup>52</sup> Folglich kann es zu Übergewicht oder gestörten Essverhalten kommen. Obwohl Kinder, die innere Fähigkeit der Selbstregulation der Nahrungsaufnahme besitzen, ist das Ausmaß, in welchem sie diese Fähigkeit üben, durch Umfeldbedingungen bestimmt. Bedingungen, wie zum Beispiel, das Angebot großer Essensportionen oder kalorienreicher, süßer oder salzig schmackhafter Nahrungsmittel können die Selbstregulation der Nahrungsaufnahme verringern. Weiters können kontrollierende Fütterungspraktiken, die Druck oder Einschränkung auf das Essen ausüben, sowie Vorbilder von übermäßigem Konsum eine gesunde Selbstregulation der Kinder minimieren.<sup>36 37 42</sup> In Studien konnte beobachtet werden, dass Kinder, deren Eltern am meisten Kontrolle ausgeübt haben, wann und wie viel die Kinder zu essen haben, die geringste Fähigkeit der Selbstregulation zeigten.<sup>46</sup>

Im Rahmen der Forschung konnten Aspekte der Eltern festgestellt werden, wo ein vermehrtes Kontrollverhalten beobachtet wurde. Francis (et al.) legt folgende vier Faktoren, den Essensbereich betreffend, die das Kontrollverhalten steigern, dar.<sup>46</sup>

- Die Eltern selbst haben Gewicht- oder Essensprobleme.
- Sie beobachten bei den Kindern abweichende Gewichtscharakteristiken, im Besondern Unter- oder Übergewicht.
- Die Fürsorgepersonen halten ihr Kind für unter- oder übergewichtig.
- Die Eltern sind besorgt, dass ihr Kind ein Gewichtsproblem entwickeln könnte.

Dunitz-Scheer et al. plädieren dafür, denn Fokus nicht nur auf das Was, Wann und Wie viel zu richten, sondern vor allem die Frage in den Mittelpunkt zu stellen, wie Kinder ein gesundes Essverhalten lernen können. „Je länger wir Autoren uns mit dem Thema beschäftigen, desto mehr scheint uns Essen lernen und Essen können und es auch konkret zu tun, ein persönliches, individuelles, intimes und komplexes und interaktiv beeinflussbares Geschehen zu sein, das ähnlich wie Atmung, Sexualität oder Trinken und Urinieren, am ehesten dann gut geht, wenn möglichst viel „unbewusste“ Autonomie bewahrt wird und möglichst wenig kognitiv gesteuerte Einflüsse wirksam werden.“<sup>4</sup>

Die Methode, die sich am meisten bewährt hat, die Kinder unterstützt, ein normales Essverhalten zu entwickeln, ist, dass die Eltern ein gutes Vorbild sind. Einige Studien haben sich auf die Vorbildgebung fokussiert. Sie zeigen, dass Kinder sich beides zum Vorbild nehmen können, sowohl das Essverhalten der Eltern wie auch ihre Einstellungen zum Essen und Unzufriedenheit mit ihrem Körper.<sup>55</sup> Den Einfluss der Eltern auf das Essverhalten beachtend, impliziert hier, dass ein positives elterliches Rollenverhalten ein effektiveres Mittel ist, um Essensveränderungen zu fördern als die elterlichen Versuche, Kontrolle über die Nahrungsaufnahme ihrer Kinder aufzuerlegen.<sup>55</sup>

Johannsen plädiert dafür, wenn Eltern in der Erkenntnis bestärkt werden können, dass ihr eigenes Essverhalten die wichtigste Informationsquelle für ihre Kinder ist, dann können sie vielleicht auch ermutigt werden, sich dem Thema der Nahrungsaufnahme ihrer Kinder mit dem Motto *Tu was ich tue, nicht was ich sage!* anzunähern.<sup>52</sup>

Darüber hinaus können Eltern Einfluss nehmen, welches Nahrungsangebot zur Verfügung gestellt wird. Scaglioni weist darauf hin, dass bei ein- bis dreijährigen Kindern die Regulation der Nahrungsaufnahme wirksam werden kann, wenn es ein breites Angebot an einfachen Nahrungsmitteln gibt. Mit diesen können die Kinder ihre eigene Ernährung auswählen und



zeigen ein normales Wachstum, ohne Angaben der Erwachsenen.<sup>49</sup> Neben der natürlich angelegten Selbstregulation können das Essverhalten und die Nahrungsmittelpräferenzen durch wiederholtes Angebot erlernt und modifiziert werden. Dies geschieht eben vor allem durch das Gestalten des sozialen Umfelds rund um das Essen. Laut Savage bestimmen die Entscheidungen, wie oft die Familie zusammen isst, wer während der Mahlzeiten anwesend ist sowie welches Essen serviert wird, was die Kinder lernen zu mögen und zu essen. Damit sich Kinder gesund ernähren lernen, brauchen sie frühe, positive, wiederholte Erfahrungen mit diesen Nahrungsmitteln, sowie die Gelegenheit, andere beim Essen dieser Produkte zu beobachten.<sup>42</sup>

Birch und Fisher heben den Einfluss des sozialen Kontextes folgendermaßen hervor. Für Kinder ist Essen typischerweise eine soziale Angelegenheit. Die Beobachtung der Kinder des Essverhaltens anderer, wie zum Beispiel der Eltern, Freunde, Geschwister etc. beeinflusst die Entwicklung der eigenen Vorlieben und des eigenen Essverhaltens.<sup>37</sup>

Für die Eltern ist das Essensthema auch immer wieder ein Balanceakt, denn weder sollten die Kinder vernachlässigt werden, noch durch überfürsorgliches Kontrollverhalten eine kontraproduktive Entwicklung der Kinder verursacht werden, die von den Eltern gar nicht beabsichtigt war. Die Idee, eine ausgewogene Ernährung und passendes Wachstum zu fördern, basiert auf der Balance von Grenzen setzen und klaren Erwartungen mitunter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Kinder.<sup>42</sup> Dunitz schreibt hinsichtlich diesen Aspektes: „Es ist eine essentielle Herausforderung, wobei ein gesundes Körperschema, und ein normales Bindungssystem die Initiativen und das Selbstwertgefühl des Kindes stärken.“<sup>4</sup>

Wie bereits erwähnt, ist es wichtig für das Erlernen eines gesunden Essverhaltens und Selbstregulation, dass die Entwicklung vom abhängigen Säugling zur relativen Autonomie des Kleinkindes gefördert wird.<sup>4</sup>

Die wichtigsten Voraussetzungen für das Gelingen dieser Entwicklung sind:<sup>4</sup>

- Vertrauen, Sicherheit
- Diadische Bezogenheit
- Positiver Affekt, Freude aneinander
- Kein Druck oder Zwang
- Sensible Einfühlung
- Warten können, bis das Kind sich meldet
- Kein Machtkampf, kein Handeln oder Feilschen

## 7.2 Bindungsverhalten und frühkindliche Essstörungen:

Wie bereits in der vorliegenden Arbeit mehrmals dargestellt, hat das Bindungs-Verhalten, die Interaktion zwischen Eltern und Kind und vor allem zwischen Mutter und Kind einen wesentlichen Einfluss auf die Essverhaltensentwicklung. Parallelen, die beobachtet werden, sind, dass es sowohl für den Aufbau eines sicheren Bindungsverhältnisses wie für die Förderung der Selbstregulation von Hunger und Sättigung ein gutes Einfühlungsvermögen der Eltern braucht. Weitere Überlegungen gehen dahingehend, dass die Qualität der Bindung der Kinder mit ihren ErzieherInnen die Entwicklung der Interaktionen mit diesen Personen widerspiegelt. Sichere Bindungen entstehen dann, wenn die Kinder Fürsorgepersonen haben, die fortwährend sensibel auf deren Bedürfnisse reagieren.<sup>45 49</sup> Dunitz-Scheer et al. legen dies so dar, dass die vom Kind gesendeten Bindungssignale von einer sensiblen Bezugsperson interpretiert werden müssen. Folglich lässt sich erkennen, dass Essenlernen ohne Fütterungsperson nicht geht.<sup>4</sup> Darüberhinaus bemerken die Autoren an: „Je selektiver (personenbezogener) die Fütterungssituation, desto besser, weil der Signaldialog vorhersehbarer wird.“<sup>4</sup>

In manchen Fällen sind psychopathologische Charaktereigenschaften wie schwere Bindungsstörungen oder primäre Bindungsschwierigkeiten latent vorhanden. Diese werden erst durch die erstmalige Fütterungsaufgabe manifest und durch deren Auswirkung auf das Fütterungs- und Essverhalten erkannt.<sup>56</sup>

Jedoch kann auch hier eine bidirektionale Wirkung beobachtet werden. Schwierige Fütterungssituationen wie bei infantiler Anorexie können ein unsicheres Bindungsverhalten verstärken. Chatoor stellte fest, dass auch in der Abwesenheit von Misshandlung, Kinder mit infantiler Anorexie ein höheres Risiko für unsichere Bindungsverhältnisse aufweisen als andere Kinder.<sup>45</sup>

Darüber hinaus sei zu erwähnen, dass verschiedene Arten von Essverhaltensstörungen mit unterschiedlichen Mustern von Bindungsverhalten einhergehen und dies auch bei der Intervention zu beachten ist. Infantile Anorexie steht im Zusammenhang mit intensiven Konflikten während der Nahrungsaufnahme und mit einer starken Verstrickung in und Besorgnis der Eltern über die Essensverweigerung der Kinder. Im Gegensatz dazu korrelieren Essverhaltensstörungen in Bezug auf die Bindung mit elterlicher Vernachlässigung, Psychopathologie und mit extrem psychosozialen Stress der Eltern.<sup>45</sup>

Dieser Zusammenhang von Bindungs- und Essverhalten lässt sich vor allem erkennen, wenn eine Psychopathologie der Mutter vorliegt.

### 7.3 Psychopathologie der Mutter

Forschung, die den möglichen Einfluss der mütterlichen Psychopathologie auf die Ursache frühkindlicher Essstörungen untersuchte, weist darauf hin, dass mütterliche Depression und Essstörungen häufig im Zusammenhang mit dem Vorkommen und der Persistenz von Essproblemen in der Kindheit auftreten.<sup>43 56</sup> Depressive Mütter zeigen weniger positives Interesse und Dialog mit ihren Kindern während der Fütterungsinteraktionen. Sie werden als traurig und ängstlich blickend während der Interaktionen beschrieben. Weiters scheinen sie oft verärgert und aufdringlich zu sein. Sie haben Schwierigkeiten in mitfühlender Weise die affektiven Zustände des Kindes während der Mahlzeiten zu erkennen und zu regulieren. Außerdem erschwert es den Müttern mit unsicheren Bindungsverhalten adequat auf schwierige Fütterungssituationen zu reagieren.<sup>43 45</sup>

In Bezug auf mütterliche Essstörungen konnte beobachtet werden, dass das Einfühlungsvermögen im Fütterungskontext beeinträchtigt ist. Die ständigen Sorgen der Mutter über ihr Gewicht, Aussehen und Essen und ihre Haltung dazu beeinflussen auch die Interaktion mit ihren Kindern.<sup>43</sup> Aminiti erwähnt, dass die Unfähigkeit der Mutter, ihre eigenen Hunger- und Sättigungssignale zu erkennen, die Schwierigkeit mit sich bringt, diese Signale bei ihren Kindern zu erkennen. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass das Gewicht der Kinder negativ korreliert mit dem Grad an Sorgen der Mütter über ihre Figur.<sup>43</sup>

In einer Studie von Cooper et al. wurde der Zusammenhang von kindlichen Essproblemen und mütterlichen Essstörungen untersucht. Im familiären Umfeld von Müttern mit Essstörungen wurden zwei Aspekte erkannt, die vermehrt zur Entwicklung und Erhaltung von Essproblemen der Kinder beitragen: ungeordnete Mahlzeiten und eine Mutter-Kind-Beziehung, die sich durch starke mütterliche Kontrolle und Disharmonie charakterisiert.<sup>57</sup>

### 7.4 Essverhalten und Brustfütterung

In Studien konnte gezeigt werden, dass auch die vorhergehende Fütterungsmethode eine Rolle spielt. Birch weist darauf hin, dass Kinder, die an der Brust gefüttert wurden, eher bereit zu sein scheinen, neue Nahrungsmittel zu akzeptieren als Kinder, die durch Babymilchpulver ernährt wurden.<sup>38</sup>

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass sich das Füttern mit der Brust sowie mit der Flasche jeweils unterschiedlich auf das Fütterungsverhalten auswirkt. In dem Fall, wenn das Kind mit Babymilchpulver gefüttert wird, kann die Mutter sehen, wieviel Babymilch in der Flasche bleibt. Demnach kann die Mutter dazu neigen, die Kontrolle zu übernehmen, wie viel das Kind isst und drängt es die Flasche zu leeren. Da diese Art von Feedback bei brustgefütterten Säuglingen nicht vorhanden ist, haben diese mehr Kontrolle über ihre Nahrungsaufnahme und folglich über die Nahrungsmenge.<sup>37</sup> In dem Fall, wenn Mütter ihre Kinder nicht stillen können, sollte dies zur Kenntnis genommen werden, um darauf beim Füttern achten zu können.

## 7.5 Die Rolle der Väter

Bei der Exploration der Ursache und Entwicklungen von Essstörungen hat sich die Forschung vor allem drei Aspekten gewidmet: die Rolle des Temperamentes des Kindes, die Rolle der mütterlichen Psychopathologie und die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion während des Fütterns. Die Rolle der Väter wurde bisher in den meisten Fällen vernachlässigt.<sup>52</sup> Sie ist jedoch von großer Wichtigkeit. Er ist der aktive Teil, indem er dem Kleinkind zeigt, dass nicht alles außerhalb seiner selbst die Mutter ist. Er öffnet die Mutter-Kind-Dyade für die Welt, ermöglicht neue Perspektiven und fördert das autonome Verhalten des Kindes.<sup>58</sup>

Darüber hinaus kann er die Mutter entlasten. Oft fühlen sie sich in der Fütterungssituation allein verantwortlich für das Kind. Wenn das Kind dann nicht isst, kann das emotional sehr belastend sein für die Mutter, Stress und Druck auslösen. Auch Väter sind davon betroffen, doch konnte beobachtet werden, dass sie sich der täglichen Fütterungssituation ohne ermüdete und ausgebrannte Gefühle, die viele Mütter auszeichnen aufgrund ihrer Hauptrolle in der Fütterungssituation, nähern können. Dadurch spielen sie eine große Rolle in der Unterstützung der Mutter.<sup>3 4 58</sup>

Die empirische Datenlage zur Rolle der Väter, deren Vorbildwirkung und Einfluss auf das Essverhalten ist noch sehr gering, sodass hier in Zukunft noch weiterer Forschungsbedarf besteht.<sup>52</sup>

Im empirischen Teil steht nun die Frage im Mittelpunkt, wie sich der Resilienzstatus der Eltern auf das Entstehen frühkindlicher Essstörungen auswirkt. Im weiteren Sinne beinhaltet diese Fragestellung auch, welchen Einfluss ein gutes Ausmaß an elterlichen Ressourcen und Coping-Strategien auf die Essentwicklung des Kindes hat. Bisher gab es noch keine wissenschaftliche Arbeit, die diesen Zusammenhang explizit überprüft hat.

## 8 Fragestellungen

Auf Basis der Theorie soll nun die vorliegende Untersuchung Aufschluss über den Einfluss des Resilienzstatus der Eltern auf das Entstehen frühkindlicher Essstörungen geben.

Als Hauptzielgröße wird der Resilienzstatus der Elternerhebung analysiert. Ein Vergleich der Erziehungsberechtigten der Inanspruchnahmepopulation mit den Erziehungsberechtigten der Kontrollgruppe soll dargestellt werden und auf das Entstehen frühkindlicher Essstörungen Bezug nehmen.

Hierfür wurde eine Fragebogenuntersuchung mit der Langform der Resilienzskala<sup>12</sup> (Wagnild & Young, 1993, in der deutschen Version von Schumacher et al., 2004) bei Eltern, deren Kinder wegen frühkindlicher Essstörungen in Behandlung sind und bei Eltern mit Kindern mit gesundem Essverhalten, durchgeführt.

Die Hauptfragestellung der Untersuchung lautet:

*Bestehen Unterschiede im Resilienzstatus bei Eltern mit Kindern mit frühkindlichen Essstörungen im Vergleich zu Eltern mit Kindern mit gesundem Essverhalten?*

Weitere Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung sind:

- *Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede im Resilienzstatus bei Eltern mit Kindern mit frühkindlichen Essstörungen im Vergleich zu Eltern mit Kindern mit einem gesunden Essverhalten?*
- *Gibt es altersspezifische Unterschiede im Resilienzstatus bei Eltern mit Kindern mit frühkindlichen Essstörungen im Vergleich zu Eltern mit Kindern mit einem gesunden Essverhalten?*

## 9 Fragebogenuntersuchung

### 9.1 Beschreibung des Messinstruments

Die Resilienz der Eltern wurde mittels der „Resilienzskala“ (Schumacher et al., 2005) überprüft. Sie ist die deutsche Übersetzung der „Resilience scale“ von Wagnild & Young (1993)<sup>59</sup>. „Resilienz wird hier als personale Ressource dargestellt, welche mit gesunder Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen assoziiert wird.“<sup>60</sup>

Bei Wagnild und Young (1993) misst die Resilience Scale (RS) das Konstrukt der Resilienz über zwei Skalen. Eine Skala beschreibt die persönliche Kompetenz während die andere die Akzeptanz des Selbst und des Lebens berücksichtigt.<sup>59</sup>

Da diese Resilienzskala gute Ergebnisse im Bereich der Gütekriterien aufweist, wurde sie zur Untersuchung herangezogen.

Der Fragebogen beinhaltet 25 Aussagen. Diese müssen auf einer siebenstufigen Skala von 1- „ich stimme nicht zu“ bis 7- „ich stimme zu“ von den Probanden beurteilt werden. Die Aussagen sind allesamt positiv formuliert.

Die Angabe an die ProbandInnen lautete folgendermaßen:<sup>15</sup>

*„Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen **im Allgemeinen** auf Sie zutreffen, d.h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.“*

Beurteilende Aussagen aus der Resilienzskala sind beispielsweise:<sup>15</sup>

- Item 2: „Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.“
- Item 7: „Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.“
- Item 12: „Ich nehme die Dinge wie sie kommen.“
- Item 20: „Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.“
- Item 25: „Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.“

Es wurde ein paper-pencil-Version sowie eine online-Version des Fragebogens erstellt. Die online-Version wurde mittels Google-docs erstellt. Die Anonymität konnte dabei gewährleistet bleiben.

## **9.2 Durchführung**

Für die Durchführung der Untersuchung wurden zwei Gruppen herangezogen, um einen Vergleich aufstellen zu können. Eine Gruppe stellte die Inanspruchnahmepopulation der Therapie für frühkindliche Essstörungen an der Kinder- und Jugendklinik am LKH Graz dar. Als Kontrollgruppe wurde der Resilienzstatus derjenigen Eltern erfasst, deren Kinder gesund oder die Kinder- und Jugendklinik am LKH Graz aus anderen Indikationen heraus besuchten (keine psychischen Erkrankungen).

### **9.2.1 Rekrutierung der Inanspruchnahmepopulation**

Die Inanspruchnahmepopulation wurde im Zeitraum von April 2012 bis August 2012 getestet. Während des ambulanten oder stationären Aufenthaltes der Eltern an der Kinder- und Jugendklinik am LKH Graz, wo sie am Therapieschema für frühkindliche Essstörungen teilnahmen, wurde Ihnen der Fragebogen in der paper-pencil-Version ausgeteilt. Eltern, die die Therapie schon abgeschlossen hatten, wurden per E-Mail gebeten, den Fragebogen auszufüllen.

### **9.2.2 Rekrutierung der Kontrollgruppe**

Die Kontrollgruppe wurde im selben Zeitraum erfasst. Hierbei handelt es sich um Eltern, die sich in anderen Ambulanzen oder Stationen der Kinder- und Jugendklinik am LKH Graz befanden und deren Kinder ein gesundes Essverhalten aufweisen.

Beiden Gruppen wurde der Fragebogen persönlich zur selbstständigen Beantwortung ausgehändigt. Die Beantwortung erfolgte jedoch ohne meine Anwesenheit.

Ein Einschlusskriterium war, dass beide Elterngruppen zumindest ein Kind im Alter von 0 – 5 Jahren haben.

Zusätzlich zum Fragebogen wurde ein Informationsblatt, sowie ein Blatt zur Erhebung der deskriptiven Statistik (Geschlecht, Alter, Anzahl der Kinder, Erziehungsstatus, Beruf, Erwerbstätigkeit) vorgegeben.

Die Informationen zum Forschungsvorhaben lauteten folgendermaßen:

„Liebe/er Erziehungsberechtigte!

*Im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde unter der Leitung von Frau Univ.-Prof. Dr. Marguerite Dunitz-Scheer, möchte ich mehr über **die Rolle und Erwartungen sowie Persönlichkeitsstruktur (Resilienzstatus) von Eltern von Kindern mit frühkindlichen Essstörungen** erfahren.*

*Dazu möchte ich Sie einladen, sich ca. 30 min Zeit zu nehmen, und den folgenden Fragebogen auszufüllen. Es gibt hierbei keine richtigen oder falschen Antworten, Ihre ehrliche Einschätzung ist uns jedoch wichtig! Ihre Angaben werden anonym behandelt und dienen ausschließlich Forschungszwecken.“*

Wie im Informationsblatt angekündigt, wurde die Fragebogenuntersuchung anonym durchgeführt.

### 9.3 Auswertung

Die Auswertung der Fragebögen erfolgt mittels statistischer Datenanalyse. Hierfür wurden die ermittelten Daten in das SPSS für Windows, Version 18.0 eingegeben und analysiert.

Die Daten des Fragebogens beziehen sich auf zwei Teile. Zum Einen wurden die Variablen zur Beschreibung der Stichprobe: Geschlecht, Alter, Erziehungsstatus, Anzahl der Kinder, Beruf und Erwerbstätigkeit. Zur weiteren Datenverwertung wurden Geschlecht, Alter und Erziehungsstatus (alleinerziehend vs. Nicht alleinerziehend) herangezogen.

Der zweite Teil des Fragebogens stellte den Fragebogen der Resilienzskala (RS-25) dar. Anhand dessen als Hauptparameter der Resilienzstatus ermittelt wurde. Hierfür wurden aus der RS-25 jedes einzelnen Fragebogens der Gesamtscore aller 25 Items berechnet. Die Gesamtscores wurden entsprechend der Angaben zu den Normwerten von Schumacher et al.<sup>15</sup> in Prozentränge umcodiert.

Die ProbandInnen wurden anhand dieser Prozentränge in folgende drei Bereiche eingeordnet:

- Nicht resilient
- Normbereich
- Resilient



Ein Prozentrang unter 25 entsprach der Gruppe „**nicht resilient**“(-1), ein Prozentrang zwischen 25 und 75 wurde dem **Normbereich (0)** zugeordnet und ein Prozentrang über 75 bedeutete, der Gruppe „**resilient**“(**1**) zugehörig zu sein.

Durch die Teilung der Stichprobe in die Inanspruchnahmepopulation (Erziehungsberechtigte, deren Kinder an frühkindlichen Essstörungen leiden) und die Kontrollgruppe (Erziehungsberechtigte, deren Kinder ein gesundes Essverhalten aufweisen) konnten anhand der Daten Verteilungen und Vergleiche, ob Unterschiede vorhanden sind, dargestellt werden.

Zur Berechnung von Verteilungsunterschieden wurde jeweils ein Signifikanzniveau von  $p=0,05$  festgelegt.

## 9.4 Beschreibung der gesamten Stichprobe (deskriptive Statistik)

Insgesamt wurden 82 Fragebögen in der paper-pencil-Version und ein Fragebogen in der online-Version ausgefüllt.

**Die Inanspruchnahmepopulation** besteht aus **36 (43,4%) TeilnehmerInnen**, die **Kontrollgruppe** aus **47 (56,6%) Personen**.

### 9.4.1 Geschlechterverteilung

#### 9.4.1.1 Geschlechterverteilung über alle Probanden (N=83)

	Häufigkeit	Prozent
<b>männlich</b>	17	20,5
<b>weiblich</b>	66	79,5
<b>Gesamt</b>	83	100,0

Tabelle 1: Geschlechterverteilung über die Gesamtstichprobe

Von den insgesamt 83 Personen waren 66 (79,5%) weiblich und 17(20,5%) männlich.

### 9.4.1.2 Geschlechterverteilung der Inanspruchnahmepopulation und der Kontrollgruppe

Versuchspersonen nach Essstörungen geordnet	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
<b>Inanspruchnahmepopulation</b>	10 (27,8%)	26 (72,2%)	36 (100,0%)
<b>Kontrollgruppe</b>	7 (14,9%)	40 (85,1%)	47 (100,0%)

Tabelle 2: Geschlechterverteilung der Inanspruchnahmepopulation-Kontrollgruppe

Von den insgesamt 36 Personen der Inanspruchnahmepopulation waren 10(27,8%) männlich und 26 (72,2%) weiblich. Im Vergleich dazu waren von den in Summe 47 ProbandInnen der Kontrollgruppe 7 (14,9%) männlich und 40 (85,1%) weiblich.

Die Verteilungsunterschiede sind bei einem  $\chi^2$  von 2,078, einem Freiheitsgrad (df) von 1 und einer asymptotischen Signifikanz (p) von 0,149 nicht signifikant.

## 9.4.2 Altersverteilung

### 9.4.2.1 Alterverteilung über alle Probanden (N=83)

Von insgesamt 83 Personen/Eltern haben 72 (86,7%) eine Angabe über ihr Alter gemacht. Das mittlere Alter liegt zwischen 35 und 36 Jahren (MW=35,74, SD= 5,42). Das Mindestalter liegt bei 25 Jahren, das maximale Alter bei 53 Jahren.

### 9.4.2.2 Mittelwert des Alters über die beiden Versuchsgruppen (Inanspruchnahmepopulation/Kontrollgruppe)

Versuchspersonen nach Essstörungen geordnet	Mittelwert (MW)	SD	Mindestalter in a	Maximales Alter in a
<b>Inanspruchnahmepopulation</b>	34,81	5,199	25	43
<b>Kontrollgruppe</b>	36,199	5,532	27	53

Tabelle 3: Mittelwert des Alters

Wie in der Tabelle 3 ersichtlich liegt das mittlere Alter der Inanspruchnahmepopulation zwischen 34 und 35 Jahren. Das Mindestalter befindet sich bei 25 Jahren, das maximale Alter

bei 43 Jahren. In der Kontrollgruppe liegt das mittlere Alter zwischen 36 und 37 Jahren, mit einem Mindestalter von 27 Jahren und einem Höchstalter von 53 Jahren.

#### 9.4.2.3 Altersverteilung nach Altersklassen:

Im Weiteren wurde das Alter in zwei Altersbereiche (jüngere, ältere) aufgeteilt:

- **Jüngere Probanden: 25-35 Jahre**
- **Ältere Probanden: 36-53 Jahre**

	Häufigkeit	Prozent
<b>Jüngere Versuchspersonen</b>	35	42,2
<b>Ältere Versuchspersonen</b>	37	44,6
<b>Keine Angabe</b>	11	13,3
<b>Gesamt</b>	83	100,0

Tabella 4: Altersverteilung nach Klassen

Von den insgesamt 83 ProbandInnen haben 11 keine Altersangabe gemacht. Wie in Tabelle 4 ersichtlich befinden sich in der jüngeren Altersgruppe 35 Personen, in der Älteren 37.

#### 9.4.2.4 Altersverteilung nach Altersklassen und nach Untersuchungsgruppen:

Versuchspersonen nach Essstörungen geordnet	Altersgruppen		Gesamt
	Jüngere Probanden	Ältere Probanden	
<b>Inanspruchnahmepopulation</b>	17 (54,8%)	14 (45,2%)	31 (100,0%)
<b>Kontrollgruppe</b>	18 (43,9%)	23 (56,1%)	41 (100,0%)

Tabella 5: Altersverteilung in den Untersuchungsgruppen

Von den insgesamt 31 Personen der Inanspruchnahmepopulation, die eine Altersangabe machten, konnten 17 (54,8%) der jüngeren Altersgruppe und 14 (45,2%) der älteren Altersgruppe zugeordnet werden. In der Kontrollgruppe machten 41 ProbandInnen eine Altersangabe, davon waren 18 (43,9%) Jüngere und 23 (56,1%) Ältere.

Die Altersklassen verteilen sich hinsichtlich der Versuchsgruppen nicht signifikant ( $\chi^2=0,85$ ,  $df=1$ ,  $p= 0,358$ ).

### 9.4.3 Resilienzstatus

#### 9.4.3.1 Resilienzstatus (Nicht-Resilient, Normbereich, Resilient) über alle Versuchspersonen

Resilienzstatus	Häufigkeit	Prozent
nicht resilient	5	6,0
Normbereich	52	62,7
resilient	26	31,3
Gesamt	83	100,0

Table 6: Verteilung des Resilienzstatus

Von insgesamt 83 Versuchspersonen sind 5 (6%) nicht resilient, 52 (62,7%) sind dem Normbereich zuzuordnen und 26 (31,3%) sind der Gruppe „resilient“ zuzuordnen.

#### 9.4.3.2 Resilienzstatus (Nicht-Resilient, Normbereich, Resilient) in Anbetracht der beiden Untersuchungsgruppen

Versuchspersonen	nach	Resilienzstatus			Gesamt
		nicht resilient	Normbereich	resilient	
Essstörungen geordnet					
Inanspruchnahmepopulation		0 (0,0%)	27 (75,0%)	9 (25,0%)	36 (100,0%)
Kontrollgruppe		5 (10,6%)	25 (53,2%)	17 (36,2%)	47 (100,0%)

Table 7: Resilienzstatus innerhalb der Untersuchungsgruppen

Die Inanspruchnahmepopulation weist keine ProbandInnen der Gruppe „nicht resilient“ auf. Im Normbereich befinden sich 27 (75,0%) Personen, während 9 (25,0%) der Gruppe „resilient“ zugeordnet werden können. Im Vergleich dazu konnten in der Kontrollgruppe 5(10,6%) ProbandInnen als „nicht resilient“ eingestuft werden, 25 (53,2%) wurden dem Normbereich zugeordnet und 17 (36,2%) der Gruppe „resilient“.

Es liegen signifikante Unterschiede bezüglich des Resilienzstatus vor ( $\chi^2 = 6,189$  und  $p < 0,05$ ;  $p = 0,045$ ). In der Gruppe „Normbereich“ finden sich in beiden Populationen signifikant

mehr Personen als in den Gruppen „nicht resilient“ und „resilient“. Dies spiegelt die dem Fragebogen zugrunde liegenden Untersuchungen wider.<sup>15</sup>

#### 9.4.4 Erziehungsstatus

##### 9.4.4.1 Verteilung über den Erziehungsstatus (Alleinerziehend vs. Nicht-Alleinerziehend)

Erziehungsstatus	Häufigkeit	Prozent
Alleinerziehend	10	12,0
Nicht alleinerziehend	71	85,5
Gesamt	81	97,6
Fehlend	2	2,4
Gesamt	83	100,0

Tabella 8: Verteilung des Erziehungsstatus

Den Erziehungsstatus betreffend machten 2 Personen keine Angabe. Von den insgesamt 83 Personen waren 10 (12,0%) alleinerziehend und 71 (85,5%) nicht alleinerziehend.

##### 9.4.4.2 Verteilung über die Gruppen und den Erziehungsstatus

Versuchspersonen Essstörungen geordnet Inanspruchnahmepopulation	nach	Erziehungsstatus		Gesamt
		alleinerziehend	nicht alleinerziehend	
		2 (5,7%)	33 (94,3%)	35(100,0%)
Kontrollgruppe		8 (17,4%)	38 (82,6%)	46 (100,0%)

Tabella 9: Verteilung des Erziehungsstatus innerhalb der Untersuchungsgruppen

In der Inanspruchnahmepopulation (n=35) waren 2 (5,7%) Personen alleinerziehend und 33 (94,3%) nicht alleinerziehend, während in der Kontrollgruppe (n=46) 8 (17,4%) ProbandInnen der Gruppe „alleinerziehend“ zuzuordnen waren und 38 (82,6%) angaben, nicht alleinerziehend zu sein.

Es lässt sich keine Signifikanz in der Verteilung erkennen. ( $\chi^2=2,504$ ,  $df=1$ ,  $p=0,114$ )

#### 9.4.5 Verteilung über die Anzahl der Kinder

<b>Anzahl</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
1	28	33,7
2	41	49,4
3	8	9,6
4	2	2,4
5	1	1,2
6	1	1,2
7	1	1,2
<b>Gesamt</b>	82	98,8
<b>Fehlend</b>	1	1,2
<b>Gesamt</b>	83	100,0

Tabelle 10: Verteilung über die Anzahl der Kinder

Als statistischer Überblick ist in Tabelle 10 die Verteilung der Anzahl der Kinder angeführt.

## 9.5 Beantwortung der Fragestellung

### 9.5.1 Hauptfragestellung:

- *Gibt es einen Unterschied im Resilienzstatus bei Eltern mit Kindern mit frühkindlichen Essstörungen im Vergleich zu Eltern mit Kindern mit einem gesunden Essverhalten?*

Versuchspersonen nach Essstörungen geordnet	Resilienzstatus		Gesamt
	-1,00 (nicht resilient)	1,00 (resilient)	
<b>Inanspruchnahmepopulation</b>	0 (0,0%)	9 (100,0%)	9 (100,0%)
<b>Kontrollgruppe</b>	5 (22,7%)	17 (77,3%)	22 (100,0%)
<b>Gesamt</b>	5 (16,1%)	26 (83,9%)	31 (100,0%)

Tabelle 11: Vergleich des Resilienzstatus (resilient/nicht resilient) zwischen den Untersuchungsgruppen

Um nun einen Vergleich der beiden Gruppen in Bezug auf den Resilienzstatus (resilient/nicht resilient) darzustellen, wurden jene Personen, die im Normbereich liegen, nicht in die weitere Analyse miteinbezogen. Von der Gesamtzahl von 31 (100,0%) ProbandInnen, die außerhalb des Normbereichs liegen, wiesen 5 (16,1%) den Status „nicht resilient“ auf und 26 (83,9%) Personen konnten als resilient bezeichnet werden.

Von den insgesamt 9 (100,0%) Erziehungsberechtigten der Inanspruchnahmepopulation zeigten sich 9 (100,0%) resilient. In der Kontrollgruppe wurden 5 (22,7%) ProbandInnen dem Status „nicht resilient“ zugeordnet und 17 (77,3%) der Gruppe „resilient“.

Hinsichtlich der Verteilung des Resilienzstatus auf die Gruppen zeigte sich kein signifikanter Unterschied ( $\chi^2=2,44$ ,  $df=1$ ,  $p>0,05$ ). Folglich sind keine statistisch signifikanten Aussagen über den Unterschied möglich.

### 9.5.2 Nebenfragestellungen:

- *Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede im Resilienzstatus bei Eltern mit Kindern mit frühkindlichen Essstörungen im Vergleich zu Eltern mit Kindern mit einem gesunden Essverhalten?*

		Resilienzstatus		Gesamt
		-1,00 (Nicht resilient)	1,00 (resilient)	
<b>Geschlecht</b>	<b>Versuchspersonen nach Essstörungen geordnet</b>			
<b>männlich</b>	<b>Inanspruchnahmepopulation</b>	0 (0,0%)	4 (100,0%)	4 (100,0%)
	<b>Kontrollgruppe</b>	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100,0%)
	<b>Gesamt</b>	1 (14,3%)	6 (85,7%)	7 (100,0%)
<b>weiblich</b>	<b>Inanspruchnahmepopulation</b>	0 (0,0%)	5 (100,0%)	5 (100,0%)
	<b>Kontrollgruppe</b>	4 (21,1%)	15 (78,9%)	19 (100,0%)
	<b>Gesamt</b>	4 (16,7%)	20 (83,3%)	24 (100,0%)

**Tabella 12: Vergleich des Resilienzstatus in Bezug auf das Geschlecht**

Betrachtet man den Resilienzstatus in Bezug auf das Geschlecht, befinden sich sieben Männer und 24 Frauen außerhalb des Normbereichs. In der männlichen Inanspruchnahmepopulation erwiesen sich alle vier (100,0%) Männer als resilient. Von den drei männlichen Probanden der Kontrollgruppe wurde einer (33,3%) der Gruppe „nicht resilient“ und zwei (66,7%) der Gruppe „resilient“ zugeordnet.

Alle fünf Frauen (100,0%) der Inanspruchnahmepopulation sind resilient. Vier von den Probandinnen der Kontrollgruppe (21,1%) sind nicht resilient und 15 (78,9%) können als resilient klassifiziert werden.

Die Verteilung des Resilienzstatus auf das Geschlecht erweist sich als nicht signifikant (männlich:  $\chi^2=1,556$ ,  $df=1$ ,  $p>0,05$ ; weiblich:  $\chi^2=1,263$ ,  $df=1$ ,  $p>0,05$ ). Es konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede den Resilienzstatus betreffend festgestellt werden.



- Gibt es altersspezifische Unterschiede im Resilienzstatus bei Eltern mit Kindern mit frühkindlichen Essstörungen im Vergleich zu Eltern mit Kindern mit einem gesunden Essverhalten?

Altersgruppen	Versuchspersonen nach Essstörungen geordnet	Resilienzstatus		Gesamt
		-1,00 (nicht resilient)	1,00 (resilient)	
Jüngere	Inanspruchnahmepopulation	0 (0,0%)	4 (100,0%)	4 (100,0%)
	Kontrollgruppe	2 (28,6%)	5 (71,4%)	7 (100,0%)
	Gesamt	2 (18,2%)	9 (81,8%)	11 (100,0%)
Ältere	Inanspruchnahmepopulation	0 (0,0%)	4 (100,0%)	4 (100,0%)
	Kontrollgruppe	3 (25,0%)	9 (75,0%)	12 (100,0%)
	Gesamt	3 (18,8%)	13 (81,2%)	16 (100,0%)

Tabella 13: Vergleich des Resilienzstatus bezüglich des Alters

Die Altersgruppen betreffend, gab es 27 Personen, die außerhalb des Normbereichs lagen. Von den insgesamt vier (100,0%) jüngeren ProbandInnen der Inanspruchnahmepopulation konnten alle (100,0%) der Gruppe „resilient“ zugeordnet werden. Die Jüngeren der Kontrollgruppe teilten sich folgendermaßen auf: Zwei (28,6%) erwiesen sich als „nicht resilient“ und fünf (71,4%) Personen als „resilient“.

Die älteren ProbandInnen der Inanspruchnahmepopulation betrachtet, konnten alle vier (100,0%) dem Status „resilient“ zugewiesen werden. Drei (25,0%) Ältere der Kontrollgruppe erwiesen sich als „nicht resilient“, während neun (75,0%) der Gruppe „resilient“ zugeteilt werden konnten.

Die Verteilung des Resilienzstatus auf das Alter erwies sich als nicht signifikant (Jüngere:  $\chi^2=1,397$ ,  $df=1$ ,  $p>0,05$ ; Ältere:  $\chi^2=1,231$ ,  $df=1$ ,  $p>0,05$ ). Folglich konnten keine altersspezifischen Unterschiede den Resilienzstatus betreffend festgestellt werden.

## 10 Diskussion der Ergebnisse

Dieses Kapitel widmet sich der Beantwortung der Fragestellungen und Diskussion der Ergebnisse. Darüber hinaus gibt es Ausblick auf weiteren Forschungsbedarf in diesem Themenbereich.

In Bezug auf den Resilienzstatus konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erziehungsberechtigten mit Kindern mit Essstörungen und den Eltern mit Kindern mit gesundem Essverhalten aufgezeigt werden.

Folgende Überlegungen auf Basis von Literatur und Beobachtungen sollen nun näher dargestellt werden.

Die Resilienz Kriterien betrachtend, muss als Bedingung, um als resilient gelten zu können, eine Risikosituation vorhanden sein.<sup>7 8 12</sup> Im Falle der Inanspruchnahmepopulation kann dafür beispielsweise die schwierige Situation innerhalb des Essensthemas oder vorhergehende Begebenheiten wie zum Beispiel Frühgeburt, Komplikation bei der Geburt etc. herangezogen werden. Solche sogenannten „Krisen“ oder Herausforderungen können, wenn sie positiv bewältigt werden, durchaus zu einer Steigerung des Resilienzstatus führen.<sup>1 26 27</sup>

Die große Anzahl der Personen, die im Normbereich liegen oder als resilient eingestuft wurden, lässt darauf schließen, dass Resilienz kein außergewöhnliches Phänomen ist. Dies bestätigt die Aussage von Masten, die auf die „Macht des Gewöhnlichen“ hinweist und Resilienz als natürliche Erscheinungsform bei Anpassungsprozessen des Individuums an die Umwelt darlegt.<sup>7</sup> (siehe auch Kapitel 1)

Im Gegensatz zu anderen Quellen, die den starken Einfluss der Eltern auf die kindliche Entwicklung betonen,<sup>1 42</sup> kann hier kein direkter Bezug nachgewiesen werden. Folgende Überlegungen können herangezogen werden.

Im Nachhinein betrachtet, war die Stichprobe zu klein, um ein aussagekräftiges Ergebnis zu erlangen. Für die weitere Forschung in diesem Themenbereich wäre interessant, die Untersuchung mit einer größeren TeilnehmerInnenzahl durchzuführen.

Im Weiteren könnte als Nachteil der vorliegenden Erhebung vermutet werden, dass die Erziehungsberechtigten die Fragebögen vorwiegend „sozial erwünscht“ beantwortet haben. Die Problematik liegt darin, dass in vielen Fällen die Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Antworten oberflächlich, situationsbedingt und stimmungsabhängig sind. Für weitere

Untersuchungen wäre die Empfehlung, standardisierte Interviews durchzuführen. Hierfür könnten unter anderem die Reaktionen des Befragten in die Analyse mit einbezogen werden. Eine weitere Überlegung, die diese Empfehlung unterstützt, ist, dass wie in Kapitel 1 ersichtlich, Resilienz ein sehr vielschichtiger Begriff ist, deren Dimensionen und Interaktionen in einem Interview näher beleuchtet werden könnten, im Besonderen käme hierin auch mehr der personenzentrierte Ansatz zur Geltung.

Ein Aspekt, der dieser Sichtweise entgegenspricht, ist, dass es sich bei der Befragung der Eltern, um einen sehr sensiblen Bereich handelt. Die Verwendung des anonymen Fragebogens ermöglichte den Eltern, die Fragen für sich zu beantworten. Ein Beobachter von außen könnte den Erwartungsdruck erhöhen. Folglich kann dies als Vorteil der Studie betrachtet werden.

Aus eigener Beobachtung bei der Verteilung der Fragebögen, kann ich hinzufügen, dass die Reaktion der Erziehungsberechtigten sehr unterschiedlich war. Auffallend war, dass viele Eltern der Inanspruchnahmepopulation mit der Frage reagierten, warum es dabei um sie selbst geht und nicht um das Kind. Die Wahrnehmung und Bedeutung der eigenen Rolle, die Zusammenhänge zwischen Eltern und Kind, die eigenen Ressourcen, zusammengefasst, die eigene Vorbildwirkung, könnte man dadurch meinen, werden von den Erziehungsberechtigten vernachlässigt. Diese Vorbildrolle ist, auch das Essverhalten betreffend, wie im Theorieteil beschrieben von wesentlicher Bedeutung. (siehe Kapitel 5) Eine alte Volksweisheit zitierend: *Wir können unsere Kinder noch so gut erziehen – sie machen uns ja doch alles nach!*

Die weiteren Fragestellungen beziehen sich auf Vergleiche in Bezug auf Alter und Geschlecht. Zwischen den beiden Untersuchungsgruppen konnten weder alters- noch geschlechtsspezifische Unterschiede im Resilienzstatus festgestellt werden. Diese Ergebnisse gleichen sich mit den Befunden von Schumacher et al. (2005). Sie führen an, „dass die Alters- und Geschlechtseffekte nur als sehr klein bis klein einzuschätzen sind und deshalb kaum von praktischer Bedeutung sein dürften.“<sup>15</sup>

Um eine konkrete Aussage über den Einfluss des Erziehungsstatus zu tätigen, müsste eine größere Stichprobe herangezogen werden.

Es besteht weiterer Forschungsbedarf in diesem Themenbereich. Wie bereits erwähnt, wäre es zu empfehlen, die Untersuchung mit einer größeren Stichprobe durchzuführen und dafür eventuell ein standardisiertes Interview hinzuzufügen.

Wie aus der Geschlechterverteilung ersichtlich, sind es vorwiegend Frauen, die an der Untersuchung teilnahmen. Dies spiegelt die gesellschaftliche Komponente wieder, dass vor allem Mütter die primären Bezugs- und Fütterungspersonen sind,<sup>3</sup> sowie auch in der Erziehung zum großen Teil die Hauptrolle übernehmen. Wie im theoretischen Teil beschrieben, werden Väter und deren Rolle oft vernachlässigt. Dass die männlichen Bezugspersonen für die autonome Essentwicklung und unter anderem für die Entlastung der Mütter von wesentlicher Bedeutung sind, konnte bereits mehrmals nachgewiesen werden. (siehe Kapitel 5.5) Hieraus besteht weiterer Forschungsbedarf, die zum einen die Ressourcen und Rolle der Väter näher beleuchtet und zum anderen, wie deren Einsatz gefördert werden kann.<sup>3 4 52 58</sup>

Die Studie zeigt aufgrund der guten Ergebnisse (nur geringer Prozentsatz der Gruppe „nicht resilient“ zugehörig), dass Eltern sehr wohl viele Ressourcen mitbringen. Die Erweiterung des pathologischen Modells, wo es primär um Krankheitsursachenforschung geht, um diese ressourcenorientierte Sichtweise ist wesentlicher Teil der Resilienzforschung.<sup>8</sup>

Die Aufgabe im weiteren Sinne wäre nun, diese Ressourcen wahrzunehmen und zur persönlichen Weiterentwicklung der Eltern und Förderung der Kinder zu nützen. Folglich lässt sich damit eine gesundheitsförderliche Eltern-Kind-Interaktion unterstützen.

## 11 Literaturverzeichnis

---

- <sup>1</sup> Wustmann, C. (2011). Resilienz – Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Berlin: Cornelsen.
- <sup>2</sup> Zander, M. (2011). Handbuch der Resilienzförderung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- <sup>3</sup> Dunitz-Scheer, M., Tappauf, M., Burmucic, K., Scheer, P. (2007). Frühkindliche Essstörungen - Kinder sind keine Gefäße. Monatsschrift Kinderheilkunde, 155(9), 795-801.
- <sup>4</sup> 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 und Pädiologie. 6, 1-11.
- <sup>5</sup> Dunitz-Scheer, M., Scheer, P., Stadler, B., Kaimbacher, P. (2009). Interaktionsdiagnostik. In: H. Keller (Hrsg.) Handbuch der Kleinkindforschung. 962-984. Bern: Hans Huber.
- <sup>6</sup> Masten, A., Obradovic, J. (2006). Competence and Resilience in Development. Ann N Y Acad Sci. 1094, 13-27.
- <sup>7</sup> Masten, A. (2001). Ordinary Magic – Resilience Processes in Development. Am Psychol. 56, 227-238.
- <sup>8</sup> Fröhlich-Gildhoff, K., Rönnau-Böse, M. (2011). Resilienz. München: Reinhardt.
- <sup>9</sup> Luthar, S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. Child Dev. 71(3), 543-562.
- <sup>10</sup> Gabriel, T. (2005). Resilienz – Kritik und Perspektiven. Zeitschrift für Pädagogik. 51(2), 207-217.
- <sup>11</sup> Opp, G., Fingerle, M. (2008). Erziehung zwischen Risiko und Protektion. In: Opp, G., Fingerle, M. (Hrsg.) Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. S. 7-18. München: Reinhardt.
- <sup>12</sup> Welter-Enderlin, R. (2006). Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In: Welter-Enderlin, R. Hildenbrand, B. (Hrsg.). Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg. Carl Auer.
- <sup>13</sup> Leipold, B., Greve, W. (2009). Resilience – A Conceptual Bridge Between Coping and Development. European Psychologist. 14(1), 40-50.
- <sup>14</sup> Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. Ann N Y Acad Sci. 1094, 1-12.
- <sup>15</sup> Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B., Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als

---

Personmerkmal. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. 53, 16-39.

<sup>16</sup> Holtmann, M., Poustka, F., Schmidt, M.H. (2004). Biologische Korrelate der Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*. 13, 201-211.

<sup>17</sup> Bürgin, D., Steck, B. (2008). Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 159, 480-489.

<sup>18</sup> Kluge, A. (2004). Resilienzforschung: Aktueller Forschungsstand. Verfügbar unter: [http://www.equal-aeiou.at/Upload/Resilienz\\_Teill\\_Darstellung\\_Dez\\_2004.pdf](http://www.equal-aeiou.at/Upload/Resilienz_Teill_Darstellung_Dez_2004.pdf). Abgerufen am 1. Mai 2012.

<sup>19</sup> Holtmann, M., Schmidt, M. (2004). Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*. 13(14), 195-200.

<sup>20</sup> Scheithauer, H., Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*. 8(1), 3-14.

<sup>21</sup> Compas, B.E. (2004). Processes of risks and resilience during adolescence. In: Lerner, R.M., Steinberg, L. (Eds.). *Handbook of adolescent psychology*. 263-296. Hoboken: Wiley.

<sup>22</sup> Laucht, M., Esser, G., Schmidt M. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 29(4), 246-262.

<sup>23</sup> Lohaus, A., Klein-Heßling, J. (2001). Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter: Befunde, Diagnostik und Intervention. *Kindheit und Entwicklung*. 10 (3), 148 – 160.

<sup>24</sup> Bengel, J., Meinders-Lücking, F., Rottmann, N. (2009). Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. 35. Köln: BZgA.

<sup>25</sup> Lösel, F., Bender, D. (2008). Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In: Opp, G., Fingerle, M. (Hrsg.) *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. S.57-78. München: Reinhardt.

<sup>26</sup> Rutter, M. (2007). Resilience, competence and coping. *Child Abuse Negl.* 31(3), 205-209.

<sup>27</sup> Werner, E. (2008). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, G., Fingerle, M. (Hrsg.) *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. S.20-31. München: Reinhardt.

<sup>28</sup> Werner, E. (2000). Protective factors and individual resilience. In: Shonkoff, J.P., Meisels, S.J. (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. (115-132). Cambridge: Cambridge University Press.

- 
- <sup>29</sup> Werner, E. (2005). Resilience and recovery: Findings from the Kauai Longitudinal Study. *Research, Policy and Practice in Children's Mental Health*. 19, 11-14.
- <sup>30</sup> Werner, E. (2008). Resilienz: Ein Überblick über internationale Längsschnittstudien. In: Opp, G., Fingerle, M. (Hrsg.) *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. S.311-326. München: Reinhardt.
- <sup>31</sup> Von Freyberg, T. (2011). Resilienz – mehr als ein problematisches Modewort? In: Zander, M. (Hrsg.) *Handbuch der Resilienzförderung*. S.219-239. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- <sup>32</sup> Fingerle, M. (2008). Der „riskante“ Begriff der Resilienz – Überlegungen zur Resilienzförderung im Sinne der Organisation von Passungsverhältnissen. In: Opp, G., Fingerle, M. (Hrsg.) *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. S.299-310. München: Reinhardt.
- <sup>33</sup> Luthar, S., Sawyer, J., Brown, P. (2006). Conceptual Issues in Studies of Resilience. Past, Present and Future Research. *Ann N Y Acad Sci*. 1094, 105-115.
- <sup>34</sup> Richter-Kornweitz, A. (2011). Gleichheit und Differenz- die Relation zwischen Resilienz, Geschlecht und Gesundheit. In: Zander, M. (Hrsg.). *Handbuch der Resilienzförderung*. S.240-274. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- <sup>35</sup> Dunitz-Scheer, M., Scheer, P. (2011). Infant Mental health and Feeding disorders from a Pediatric Perspective. In: Hiram E. Fitzgerald, Kaija Puura, Mark Tomlinson, Campbell Paul (Eds.). *International Perspectives on Children and Mental Health. Prevention and Treatment*. Vol. 2. Santa Barbara: Praeger.
- <sup>36</sup> Birch, L. (1999). Development of food preferences. *Annu Rev Nutr*. 19, 41-62.
- <sup>37</sup> Birch, L., Fisher, J., (1998). Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. *Pediatrics*. 101, 539-549.
- <sup>38</sup> Birch, L. (1998). Psychological Influences on the Childhood Diet. *J Nutr* 128(2), 407-410.
- <sup>39</sup> Chatoor, I. (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 11, 163 – 183.
- <sup>40</sup> Dunitz-Scheer, M. Klassifikation von frühkindlichen Essstörungen: DC 0-3R. Verfügbar unter: <http://www.notube.com/de/info/literatur/dc0-3r>. Abgerufen am 21.06.2012.
- <sup>41</sup> Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., Chatoor, I. (2012). Feeding Disorders of Infancy: A Longitudinal Study to Middle Childhood. *Int J Eat Disord*. 45, 272-280.
- <sup>42</sup> Savage, J., Fisher, J., Birch L. (2007). Parental Influence on Eating Behavior – Conception to Adolescence. *J Law Med Ethics*. 35(1), 22-34.

- 
- <sup>43</sup> Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., Chatoor, I. (2010). Maternal Psychopathology and Child Risk Factors in Infantile Anorexia. *Int J Eat Disord.* 43(3), 233-240.
- <sup>44</sup> Chatoor, I. (1989). Infantile Anorexia Nervosa: a Developmental Disorder or Separation and Individuation. *J Am Acad Psychoanal.* 17(1), 43-64.
- <sup>45</sup> Chatoor, I., Ganiban, J., Colin, V., Plummer, N., Harmon, R. (1998). Attachment and Feeding Problems: A Reexamination of Nonorganic Failure to Thrive and Attachment Insecurity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 37, 1217-24.
- <sup>46</sup> Francis, L., Hofer, S., Birch, L. (2001). Predictors of maternal child-feeding-style: maternal and child characteristics. *Appetite.* 37, 231-243.
- <sup>47</sup> Francis, L., Birch, L. (2005). Maternal Influences on Daughters' Restrained Eating Behavior. *Health Psychol.* 24, 548-554.
- <sup>48</sup> Satter, E. (1999). The feeding relationship. In: D.B.Kessler, P. Dawson (Eds.). *Failure to thrive and pediatric nutrition: A transdisciplinary approach.* S.121-145. Baltimore: Brookes.
- <sup>49</sup> Scaglioni, S., Salvioni M., Galimberti, C. (2008). Influence of Parental Attitudes in the Development of Children Eating Behaviour. *Br J Nutr.* 99, 22-25.
- <sup>50</sup> Ventura, A., Birch, L. (2008). Does Parenting affect Children's eating and Weight Status? *Int J Behav Nutr Phys Act.* 5, 15.
- <sup>51</sup> Wright, C., Parkinson, K., Drewett, R., (2006). How does Maternal and Child Feeding Behavior Relate to Weight Gain and Failure to Thrive? Data From a Prospective Birth Cohort. *Pediatrics.* 117, 1262-1269.
- <sup>52</sup> Johannsen, D., Johannsen, N., Specker, B. (2006). Influence of Parents' Eating Behaviors and Child Feeding Practices on Children's Weight Status. *Obesity.* 14, 431-439.
- <sup>53</sup> Galloway, A., Fiorito, L., Francis, L., Birch, L. (2006). "Finish your soup": Counterproductive Effects of Pressuring Children to Eat on Intake and Affect. *Appetite.* 46, 318-323.
- <sup>54</sup> Galloway, A., Fiorito, L., Lee, Y., Birch, L. (2005). Parental Pressure, Dietary Patterns, and Weight Status among Girls Who Are „Picky Eaters“. *J Am Diet Assoc.* 105, 541-548.
- <sup>55</sup> Brown, R., Ogden, F. (2004). Children's Eating Attitudes and Behaviour: a Study of the Modelling and Control Theories of Parental Influence. *Health Educ Res.* 19(3), 261-271.
- <sup>56</sup> Dunitz, M., Scheer, P., Trojovský, A., Kschnitz, W., Kvas, E., Macari, S. (1996). Changes in Psychopathology of Parents of NOFT (non-organic failure to thrive) Infants during Treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 5, 93-100.
- <sup>57</sup> Cooper, P., Whelan, E., Woolgar, M., Morrell, J., Murray, L. (2004). Association between Childhood Feeding Problems and Maternal Eating Disorder: Role of the Family Environment. *Br J Psychiatry.* 184, 210-215.



---

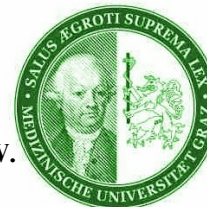
<sup>58</sup> Dunitz-Scheer, M., Scheer, R. Tappauf, M. (2007). From Each Side of the Tube. The Early Autonomy Training Program for Tube-dependent Infants and Parents. The Signal. Newsletter of the WAIMH. 15, 1-9.

<sup>59</sup> Wagnild, G. M., Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. J Nurs Meas. 1, 165-178.

<sup>60</sup> Marinschek, S. (2010). Biologische Korrelate der Resilienz. Eine EMG-/EKG- Studie an jungen Erwachsenen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.

# Anhang- Fragebogen

---



Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde  
Auenbruggerplatz 34/2, A-8036 Graz

Klinikvorstand  
und Leiter der Gemeinsamen Bereiche  
Univ.-Prof. Dr. W. Müller  
Telefon 126 05, Telefax 133 00  
Email: [kikli.sek@medunigraz.at](mailto:kikli.sek@medunigraz.at)  
Klinische Abteilungen für:

**Allgemeine Pädiatrie:**  
Univ.-Prof. Dr. W. Muntean, Telefon 126 79, Telefax 132 64

**Pädiatrische Hämato-Onkologie:**  
Univ.-Prof. Dr. Ch. Urban, Telefon 134 85, Telefax 134 50

**Pädiatrische Kardiologie:**  
Univ.-Prof. Dr. A. Gamillscheg, Telefon 136 70; Telefax 136 75

**Neonatologie:**  
Univ.-Prof. Dr. W. Müller, Telefon 138 30, Telefax 126 78

**Pädiatrische Pulmonologie und Allergologie:**  
Suppl. Leiter Univ.-Prof. Dr. E. Eber, Telefon 126 20, Telefax 132 76

**Allgemeine Ambulanz:**  
Univ.-Prof. Dr. W. Müller, Telefon 82636, Telefax 136 74

Version 2.0 /19.04.2012

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Liebe/er Erziehungsberechtigte!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde unter der Leitung von Frau Univ.-Prof. Dr. Marguerite Dunitz-Scheer, möchte ich mehr über **die Rolle und Erwartungen sowie Persönlichkeitsstruktur (Resilienzstatus) von Eltern von Kindern mit frühkindlichen Essstörungen** erfahren.

Dazu möchte ich Sie einladen, sich ca. 30 min Zeit zu nehmen, und den folgenden Fragebogen auszufüllen. Es gibt hierbei keine richtigen oder falschen Antworten, Ihre ehrliche Einschätzung ist uns jedoch wichtig! Ihre Angaben werden anonym behandelt und dienen ausschließlich Forschungszwecken.

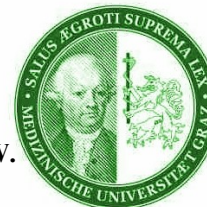
Mit freundlichen Grüßen

Frau Jutta Tomandl

.....  
(Datum und Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten)

# Landeskrankenhaus – Universitätsklinikum Graz Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde

A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 34/2, Telefon ++ 43 (0) 316 385-DW., Fax ++ 43 (0) 316 385-DW.  
Internet: <http://www.medunigraz.at/kinderklinik>



Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Medizinische-Universität Graz

Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde  
Auenbruggerplatz 34/2, A-8036 Graz

Klinikvorstand  
und Leiter der Gemeinsamen Bereiche  
Univ.-Prof. Dr. W. Müller  
Telefon 126 05, Telefax 133 00  
Email: [kikli.sek@medunigraz.at](mailto:kikli.sek@medunigraz.at)  
Klinische Abteilungen für:

**Allgemeine Pädiatrie:**  
Univ.-Prof. Dr. W. Muntean, Telefon 126 79, Telefax 132 64

**Pädiatrische Hämato-Onkologie:**  
Univ.-Prof. Dr. Ch. Urban, Telefon 134 85, Telefax 134 50

**Pädiatrische Kardiologie:**  
Univ.-Prof. Dr. A. Gamillscheg, Telefon 136 70; Telefax 136 75

**Neonatologie:**  
Univ.-Prof. Dr. W. Müller, Telefon 138 30, Telefax 126 78

**Pädiatrische Pulmonologie und Allergologie:**  
Suppl. Leiter Univ.-Prof. Dr. E. Eber, Telefon 126 20, Telefax 132 76

**Allgemeine Ambulanz:**  
Univ.-Prof. Dr. W. Müller, Telefon 82636, Telefax 136 74  
Version 1.0 /21.03.2012

## ALLGEMEINES:

**Geschlecht:** weiblich   
männlich

**Alter:**

**Alleinerziehend:** Ja   
Nein

**Anzahl der Kinder:**

**Beruf:**

**Erwerbstätigkeit:** in Ausbildung     Vollzeitätig     Teilzeitätig   
Mutterschutz/Karenz     Arbeitslos   
Hausfrau/Hausmann     Rente/Vorruhestand   
Sonstiges: \_\_\_\_\_

## RS-25

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d. h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird

		1 = nein					7 = ja	
		Ich stimme nicht zu .....					stimme völlig zu	
1	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
2	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
3	Ich kann mich eher auf mich selbst als auf Andere verlassen.	1	2	3	4	5	6	7
4	Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	1	2	3	4	5	6	7
5	Wenn ich muss, kann ich auch allein sein.	1	2	3	4	5	6	7
6	Ich bin stolz auf das, was ich schon geleistet habe.		2	3	4	5	6	7
7	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.		2	3	4	5	6	7
8	Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
9	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
10	Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
11	Ich stelle mir selten Sinnfragen.	1	2	3	4	5	6	7
12	Ich nehme die Dinge wie sie kommen.	1	2	3	4	5	6	7
13	Ich kann schwierige Zeiten durchstehen, weil ich weiß, dass ich das früher auch schon geschafft habe.	1	2	3	4	5	6	7
14	Ich habe Selbstdisziplin.	1	2	3	4	5	6	7
15	Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
16	Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	1	2	3	4	5	6	7
17	Mein Glaube an mich selbst, hilft mir auch in harten Zeiten.	1	2	3	4	5	6	7
18	In Notfällen kann man sich auf mich verlassen.		2	3	4	5	6	7
19	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
20	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
21	Mein Leben hat einen Sinn.	1	2	3	4	5	6	7
22	Ich beharre nicht auf Dingen, die ich nicht ändern kann.	1	2	3	4	5	6	7
23	Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	1	2	3	4	5	6	7
24	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	1	2	3	4	5	6	7
25	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	1	2	3	4	5	6	7