

Fachbereich Sozialwesen  
Katholische Hochschule NRW – Abteilung Aachen  
Studienjahrgang Soziale Arbeit



**Mein Kind isst nicht mehr!**  
Systemische- und Bindungsaspekte bei  
Ätiologie und Intervention frühkindlicher  
Ess- und Fütterungsstörungen

**Bachelorarbeit**

vorgelegt von:

Denise Delonge  
Konrad-Adenauer Str. 94  
52223 Stolberg  
Matrikelnummer: 504308

Erstkorrektor: Prof. Dr. med. A. Trost  
Zweitkorrektor: Prof. Dr. med. F. Löhner

Aachen, den 30.11.2012

Danksagung

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich bei der Anfertigung dieser Bachelorarbeit begleitet und unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Alexander Trost, der mich sehr intensiv begleitet hat und mich bei der Erstellung der Arbeit mit wissenschaftlichen Anregungen stets weiterbrachte.

Zudem möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Frank Löhner bedanken, der sich dazu bereit erklärte meine Arbeit als Zweitkorrektor zu betreuen.

Ein großer Dank gilt Frau Univ. Prof. Dr. med. Marguerite Dunitz-Scheer und Herrn Univ. Prof. Dr. med. Peter J.Z. Scheer der Abteilung Psychosomatik & Psychotherapie der Grazer Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, die es mir ermöglicht haben, meine wissenschaftliche Arbeit mit „praktischem Leben“ zu füllen. Ich bedanke mich nicht nur bei ihnen, sondern auch ganz herzlich bei dem Team für die tolle Zusammenarbeit und die Bereitwilligkeit jederzeit Erfahrungen und Wissen mit mir auszutauschen.

Den wichtigsten Beitrag zu dieser Arbeit leisteten die vielen tollen „kleinen Patienten“ des Sondenentwöhnungsprogrammes. Ihnen und ihren Familien möchte ich einen besonderen Dank aussprechen, insbesondere für ihr Vertrauen und ihre Offenheit!

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>4</b>
I. <u>Theoretischer Grundlagenteil</u>	
<b>2. Frühkindliche Ess- und Fütterungsstörungen als Beispiel einer psychosomatischen Erkrankung</b> .....	<b>7</b>
2.1. Regulationsstörungen.....	7
2.2. Gedeihstörung (Failure to Thrive FTT).....	10
2.3. Ess- und Fütterungsstörung (Eating Behavior Disorder).....	11
<b>3. Diagnostische Klassifikation frühkindlicher Ess- und Fütterungsstörung</b> .....	<b>17</b>
3.1. ICD-10 und DSM IV.....	17
3.2. Zero to Three.....	18
<b>4. Sondendependenz als besondere Herausforderung bei Ess- und Fütterungsstörungen</b> .....	<b>23</b>
4.1. Sondenarten und Sondennahrung.....	23
4.2. Risiken enteraler Ernährung.....	24
<b>5. Ätiologische Aspekte bei frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörungen</b> .....	<b>26</b>
5.1. Entwicklungspsychologische Aspekte: Modelle von R. H. Largo und N. Hofacker.....	26
5.2. Bindungstheoretische Aspekte.....	29
5.2.1. Die Regulationsfunktion.....	30
5.2.2. Die Frühe Eltern-Kind-Interaktion.....	31
II. <u>Forschungsteil</u>	
<b>6. Forschungsinteresse und Forschungsrahmen</b> .....	<b>35</b>
<b>7. „Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah</b> .....	<b>39</b>
7.1. Aufbau des Interviews.....	39
7.2. Verlauf und Auswertung der Interviews.....	44
<b>8. Systemische Genogrammarbeit</b> .....	<b>57</b>
8.1. Anwendungsbereich.....	57
8.2. Falldarstellungen: Lucas P. und Maja A.....	61
<b>9. Diskussion und Zusammenfassung</b> .....	<b>74</b>
<b>10. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>82</b>
<b>11. Anhang</b> .....	<b>88</b>

## Einleitung

Unter fünf gesunden Babys findet sich mindestens eines, das seine Eltern durch unstillbares Schreien, Schlafstörungen, Nahrungsverweigerung, chronische Unzufriedenheit [...] in Atem hält und erhebliche Anforderungen an ihre Erziehungs- und Beziehungskompetenzen stellt. (Papoušek et al. 2004, 7)

Wenn ihr Säugling unter Regulationsproblemen leidet, fühlen sich viele Eltern allein gelassen, verunsichert und ausgegrenzt. Häufig haben sie das Gefühl, als Vater oder Mutter zu versagen. Die Prävalenzrate von inzwischen 20% zeigt, dass Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter längst nicht mehr als Ausnahmereischeinungen zu bezeichnen sind. Viele dieser Störungen werden von psychischen Problemen der Eltern und anderen familiären Belastungen begleitet und führen zu einem erhöhten Risiko für persistierende und/oder später auftretende Störungen und Erkrankungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Die unterschiedlichen Formen der Regulationsstörungen sind im Einzelnen nicht klar voneinander abzugrenzen. In vielen Fällen bestehen Komorbiditäten (vgl. Cierpka u. Windaus 2007, 7).

Der Fokus dieser Arbeit richtet sich auf die am häufigsten vorkommende Form der Regulationsstörungen, die Ess- und Fütterstörung. Etwa 20-25% der Eltern berichten von Fütterungsproblemen. Vor allem im ersten Lebensjahr der Kinder treten vermehrt Schwierigkeiten dieser Art auf, die sich zu einer manifesten und im schlimmsten Fall sogar lebensbedrohlichen Störung ausweiten können. 15-25% aller Kleinkinder und Säuglinge sind von Fütterungsstörungen betroffen, davon ist bei 5-10% von einer schweren Fütterungsstörung auszugehen. Daniel Stern postuliert in Rahmen seiner Theorie zur Mutterschaftskonstellation, dass das Füttern beziehungsweise Essen und das (Über-)Leben emotional sehr eng verknüpft sind (vgl. Wilken, Jotzo u. Dunitz-Scheer 2008, 189). Die Nahrungsverweigerung führt bei den Müttern zu ausgeprägten Ängsten um das Leben ihrer Babys. Zugleich leiden die Mütter unter dem Eindruck, ihrer Rolle als Ernährerin des Kindes nicht gerecht werden zu können. Doch spielen bei der Betrachtung frühkindlicher Fütterungsstörungen nicht nur interaktionelle Aspekte eine Rolle, sondern auch entwicklungspsychologische. Ist die Selbstregulationsfähigkeit des Kindes gestört, sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, die diese Störung

## Einleitung

hervorgerufen haben können und möglicherweise aufrechterhalten (vgl. ebd. 2008, 189 ff.).

Eine besondere Form der Nahrungsverweigerung zeigen Säuglinge und Kleinkinder, die aufgrund von komplexen Operationen, Krankheiten und medizinischen Eingriffen auf die Ernährung per Sonde angewiesen sind. Die Sondierung kranker Kinder stellt in der Medizin eine lebenserhaltende Maßnahme dar. Diese Maßnahme kann jedoch dazu führen, dass das Füttern des Kindes problematisch bis fast unmöglich erscheint (vgl. Dunitz-Scheer et al. 2004, 1). Bei sondierten Säuglingen und Kleinkindern wird die Nahrungsaufnahme ausschließlich von außen gesteuert und verhindert damit die Entwicklung eines selbstständigen Essverhaltens und behindert die Kinder zugleich in ihren Autonomiebestrebungen.

Letztlich sollte das Ziel der Ärzte, Eltern und Therapeuten bei der Behandlung frühkindlicher Ess- und Fütterungsstörungen sein, die Aufgabe des Essens an das Kind zurückzugeben und damit die Außenkontrolle zu reduzieren. „Je früher ein Kind Autonomie einfordert, desto früher sollte es autonom sein dürfen.“ (Dunitz-Scheer et al. 2004, 5) Hunger ist ein biologisches Bedürfnis, welches nicht von Nahrungsangeboten und Machtausübung bestimmt werden darf. Den Kindern muss die Möglichkeit geboten werden, sich Nahrung lustvoll und intuitiv anzunähern und damit ein Gefühl der Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit zu erfahren.

Essen oder nicht essen, das ist also die Frage; will ein Mensch leben muss er/sie essen, so einfach ist es! Und darauf muss, mag dies auch brutal klingen, das Kind, egal wie alt, selber kommen. Es isst nicht für oder gegen seine Eltern, sondern um sich selbst zu ernähren und zu leben! (Dunitz-Scheer et al. 2004, 6)

Um dem Leser das notwendige Grundlagenwissen zu frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörungen zu geben, ist dem Forschungsteil ein ausführlicher Theorieteil vorgeschaltet. Zu Anfang wird der Begriff der Regulationsstörung erläutert und anschließend die Form der frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörung in Abgrenzung zur Gedeihstörung dargestellt. Das darauf folgende Kapitel befasst sich mit dem führenden Klassifikationsmanualen zur Diagnose von Störungen in der frühen Kindheit, dem ICD-10, DSM IV und dem Zero to Three 0-3. Danach erfolgt ein Exkurs zu Herausforderungen einer Sondendependenz bei Säuglingen und Kleinkindern, die unter einer Ess- und Fütterungsstörung leiden. Vor allem die Risiken einer dauerhaften

## Einleitung

Sondenernährung sollen verdeutlicht werden. Das letzte Kapitel des theoretischen Teils beschäftigt sich mit entwicklungspsychologischen und bindungstheoretischen Grundlagen. Bindung und Interaktion sind wichtige Faktoren bei der Aufrechterhaltung und/oder Entstehung frühkindlicher Ess- und Fütterungsstörungen. Auf sie konzentriert sich auch der Forschungsteil dieser Arbeit, weswegen sie auch im Theorieteil besondere Beachtung finden.

Der Forschungsteil fußt auf der Erkenntnis, dass eine Fütterungsstörung eng mit der Eltern-Kind-Beziehung verknüpft ist. Zwei Methoden zur Analyse wichtiger Beziehungs- und Interaktionsaspekte werden vorgestellt; das „Working Model of the Child Interview“ [WMCI] nach Charles Zeanah und die systemische Genogrammarbeit. Im Anschluss werden die Methoden auf ihre praktische Anwendbarkeit in der klinischen Arbeit mit Säuglingen/Kleinkindern und deren Eltern hin überprüft. Darüber hinaus soll festgestellt werden, ob sich die Verfahren verknüpfen lassen. Sowohl die systemische Genogrammarbeit als auch das WMCI wurden im Rahmen der „Grazer Sondenentwöhnung“ auf der psychosomatischen Station der Universitätsklinik Kinder- und Jugendheilkunde Graz angewendet.

Ziel ist es, mit dem Forschungsteil an den theoretischen Grundlagenteil anzuknüpfen und anhand von Einzelfallanalysen darzustellen, welche Faktoren der Beziehung und Interaktion zwischen Mutter und Kind einen positiven/negativen Einfluss auf die Fütterungsstörung haben.

## **Frühkindliche Ess- und Fütterungsstörungen als Beispiel einer psychosomatischen Erkrankung**

Zum Lebensanfang eines Säuglings sind körperliche und seelische Erfahrungen so eng miteinander verwoben, dass kaum zwischen psychischen und körperlichen Zuständen unterschieden werden kann. Je jünger ein Kind ist, umso mehr drücken sich seelische Störungen durch körperliche Symptome aus. Die Besonderheit in der frühen Kindheit ist die Abhängigkeit des Kindes von der Betreuungsperson. Ist die Eltern-Kind-Beziehung gestört, kann dies zu generalisierten psychosomatischen Störungen auf Seiten des Kindes führen (vgl. Cierpka u. Windaus 2007, 53).

Säuglinge leiden in den ersten Lebensmonaten mehrfach unter Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen<sup>1</sup>, die alle unter dem Begriff der Regulationsstörungen zusammengefasst werden. Häufig sind mehrere Regulationsbereiche gleichzeitig betroffen (vgl. ebd. 2007, 53). Trotz ihres unterschiedlichen Erscheinungsbildes offenbaren Regulationsstörungen eine Reihe von Gemeinsamkeiten. So wurde zum Beispiel festgestellt, dass das Profil der Belastungsfaktoren bemerkenswert ähnlich ist. Dies führt zu der Annahme, dass Säuglinge mit Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen aus einer überwiegend ähnlichen Population stammen. Regulationsstörungen gehören zu den häufigsten Problemen in kinderärztlichen Praxiseinrichtungen und betreffen jedes vierte bis fünfte körperlich gesunde Kind (vgl. Papoušek 2004, 79).

### 2.1. Regulationsstörungen

In den ersten Lebensjahren entwickelt sich der Mensch so schnell wie sonst zu keinem Zeitpunkt seines Lebens. Die Regulationsfähigkeit spielt in den ersten beiden Lebensjahren für die frühkindliche Entwicklung eine zentrale Rolle. Kernaspekte der Selbstregulation sind beispielsweise das Hunger-Sättigungs-Gefühl und der Schlaf-Wach-Rhythmus des Säuglings (vgl. Cierpka 2012, 160). Posner und Rothbart definieren diesen Begriff wie folgt:

---

<sup>1</sup> Im Verlauf der Arbeit wird keine Unterscheidung zwischen dem Begriff Fütterstörung und Fütterungsstörung vorgenommen.

<sup>2</sup> In diesem Zusammenhang wird sowohl vom Säugling, als auch vom Kind gesprochen. Es findet

## Frühkindliche Ess- und Fütterungsstörungen als Beispiel einer psychosomatischen Erkrankung

Selbstregulation beschreibt die Fähigkeit eines Kindes, das eigene Verhalten entsprechend den kognitiven, emotionalen und sozialen Anforderungen einer bestimmten Situation zu modulieren. (Benz u. Scholtes 2012, 160/ siehe dazu auch Posner u. Rothbart 2000)

Die Regulationsfähigkeit spielt bei Lern- und Anpassungsprozessen eine zentrale Rolle und ermöglicht dem Kind zunehmend zu einer eigenständigen Person heranzuwachsen. Da der Säugling lange Zeit auf die Versorgung von außen angewiesen ist, müssen Eltern möglichst passend auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes eingehen und es im Zuge seiner Entwicklung unterstützen. Sie haben die Aufgabe wahrzunehmen, an welchen Stellen die Fähigkeiten des Kindes noch nicht ausreichend sind und durch Koregulation von Seiten der primären Bezugspersonen unterstützt werden müssen (siehe dazu Dornes 2001). Das Ehepaar M. und H. Papoušek sprechen in diesem Zusammenhang davon, dass Eltern von Natur aus mit „intuitiven elterlichen Kompetenzen“ ausgestattet sind, die ihnen ermöglichen die Bedürfnislagen des Säuglings zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren (vgl. Benz u. Scholtes 2012, 162). S. Chess und A. Thomas, sowie R. H. Largo, sprechen auch von dem „Modell der Passung“ oder „goodness of fit“, wenn die kindlichen Bedürfnisse mit den Anforderungen und Unterstützungsangeboten des Umfelds übereinstimmen (siehe dazu Chess u. Thomas 1984). Sowohl die „intuitiven elterlichen Kompetenzen“, als auch das „Model der Passung“ werden im Verlauf der Arbeit näher erläutert.

Frühkindliche Regulationsstörungen können als extreme Varianten von Entwicklungskrisen verstanden werden. Es besteht ein persistierender Zusammenhang zwischen verschiedenen Belastungsfaktoren, die weder vom Kind noch von seinen Eltern bewältigt werden können. Dadurch kommt es zur Beeinträchtigung der kindlichen Selbstregulation und zu einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion (vgl. Benz u. Scholtes 2012, 160 ff.). Regulationsstörungen wurden erstmals von S. Greenspan und S. Wieder im Zusammenhang mit Schwierigkeiten von Säuglingen und Kleinkindern gebracht und beschreiben Auffälligkeiten, bei denen sich Kinder von Geburt an leicht irritierbar zeigen und Schwierigkeiten haben Erfahrungen oder Reize zu verarbeiten (vgl. Borke 2011, 988 ff./siehe dazu auch Greenspan 1992, Greenspan u. Wieder 1993).

Das Manual zur diagnostischen Klassifikation Zero to Three definiert Regulationsstörungen (400) wie folgt:

Regulationsstörungen zeigen sich erstmals im Säuglingsalter und in der frühen Kindheit. Sie sind von den Schwierigkeiten des Kleinkinds gekennzeichnet, seine Befindlichkeit, sein Verhalten

## Frühkindliche Ess- und Fütterungsstörungen als Beispiel einer psychosomatischen Erkrankung

und seine physiologischen, sensorischen, aufmerksamkeitsbezogenen, motorischen oder affektiven Prozesse zu regulieren und einen ruhigen, aufmerksamen oder affektiv positiven Zustand zu organisieren. (Zero to Three 1999, 26)

Die Symptome zeigen einen unterschiedlichen Schweregrad und betreffen meist mehrere Funktionsbereiche. Sie können die Entwicklung des Kindes dauerhaft behindern und sogar lebensbedrohlich werden. Folgende Störungsbilder sind Ausdruck einer schweren Krise, oder einer vorübergehenden/dauerhaften Anpassungs- und Entwicklungsschwierigkeit, und können in Kombination auftreten (vgl. Berger et al. 2007, 54 ff.):

- Exzessives Schreien
- Schlafstörungen
- Fütterstörungen
- Exzessives Klammern
- Trotziges und aggressives Verhalten
- Frühkindliche Depression

In der Diagnostik sollte das Augenmerk vor allem auf die Eltern-Kind-Interaktion und Beziehung gerichtet werden. M. L. Barton und D. Robins betonen, dass Kleinkinder regulatorische Muster aus der Interaktion mit ihren Bezugspersonen angeboten bekommen und internalisieren (siehe dazu Barton u. Robins 2000). Es sollte jedoch kein einseitiger Wirkungsmechanismus angenommen werden. Aus systemischer Sicht spricht man vielmehr von einem Rückkoppelungsprozess. Nicht nur die Verhaltensweisen der Eltern beeinflussen die Reaktion des Kindes, jedes Verhalten des Kindes beeinflusst auch die Reaktion der Eltern (Systemtheorie: Prinzip der Zirkularität). Die Regulationsfunktion wird an einer anderen Stelle dieser Arbeit im Zusammenhang mit der Bindungsentwicklung näher erläutert.

Diagnostisch stellt sich anders als bei Störungen im späteren Lebensalter ein „Symptomtrias“ dar, der aus kindlichen, elterlichen und interaktionsbezogenen Einflussfaktoren entsteht und als zugrundeliegendes Erklärungsmodell zu verstehen ist. H. Papoušek und M. Papoušek eröffneten mit ihren Untersuchungen wesentliche Forschungsgrundlagen zur vorsprachlichen Kommunikation, Eltern-Kind-Interaktion und intuitiven elterlichen Kompetenzen. Mit der Münchener Sprechstunde für Schreibabys eröffneten sie die erste deutsche Beratungsstelle für Säuglinge, Kleinkinder

Frühkindliche Ess- und Fütterungsstörungen als Beispiel einer psychosomatischen Erkrankung

und ihre Eltern. M. Papoušek stellt frühkindliche Regulationsstörungen weder als Störung des Kindes, noch als Störung der Eltern dar, sondern als zeitweise Störung der Eltern-Kind-Interaktion. Damit eröffnet sie eine systemische Sichtweise unter Berücksichtigung von Entwicklungsperspektiven und vermeidet Schuldzuweisungen und einfache kausale Schlüsse (vgl. Borke 2011, 999 ff.).

## 2.2. Gedeihstörung (Failure to thrive - FTT)

Die Gedeihstörung ist eine mögliche Begleitsymptomatik bei Ess- und Fütterungsstörungen und soll aus diesem Grunde hier angeführt werden. Eine Gedeihstörung bezieht sich nicht auf ein eigenständiges Krankheitsbild, sondern stellt eine Symptomatik dar, der unterschiedliche Krankheitsbilder zugrunde liegen können. Folgende pathogenetische Faktoren sind für die Symptomatik ausschlaggebend:

- eine unzureichende oder verminderte Nahrungsaufnahme,
- eine gestörte Nahrungsresorption (Malabsorption)
- oder beziehungsweise und ein gesteigerter Energieumsatz.

Es handelt sich hierbei um eine Verzögerung der somatischen Entwicklung, mit Begleiterscheinungen im motorischen und psycho-sozialen Bereich. Bei Gedeihstörungen werden organische und nicht-organische Ursachen differenziert. Nicht-organische Ursachen sind beispielsweise ungünstige sozioökonomischen Bedingungen, in denen das Kind aufwächst. Bei organischen Ursachen sind eine Reihe von Krankheiten ausschlaggebend, am häufigsten liegen gastrointestinal- und ernährungsbedingte Erkrankungen vor (vgl. Baumgartner 2007, 9). Die Unterscheidung zwischen organischer und nicht-organischer Gedeihstörung ist jedoch klinisch schon lange nicht mehr sinnvoll. Jede Form der Gedeihstörung beinhaltet somatische wie interaktionelle Aspekte die für die Diagnostik von Bedeutung sind (vgl. Hofacker, Papoušek u. Wurmser 2004, 176 ff.). Neuere Ansätze heben hervor, dass die gleichzeitige Betrachtung von organischen, psychologischen und sozialen Faktoren wichtig ist.

Eine Gedeihstörung wird diagnostiziert, wenn ein verzögertes oder ausbleibendes Wachstum vorliegt. In diesem Fall führt eine fehlende Gewichtszunahme dazu, dass das Kind unter die 3. Perzentile des „Boston Growth Standards“ fällt oder ein Abfall der

Frühkindliche Ess- und Fütterungsstörungen als Beispiel einer psychosomatischen Erkrankung

Gewichts- und Wachstumsperzentile um zwei Standardabweichungen im Vergleich zur Voruntersuchung vorliegt (vgl. Lepolt 1993, 55 ff/ siehe dazu auch Chatoor 1983).

Folgende Begleitsymptome können auftreten:

- eine verzögerte Knochenreifung und/oder verzögerte Pubertätsentwicklung
- eine motorische und/oder psychosoziale Retardierung

Neben den messbaren Daten zeigen sich klinische Merkmale der Unterernährung, in Form von wenig Unterhautfettgewebe, einer geringen Muskulatur, trockene Haut und spärliches Haar. Die unzureichende Nahrungsaufnahme kann Folge einer Nahrungsinappetenz oder eines Nahrungsverlustes durch Erbrechen sein. Die Diagnose einer Gedeihstörung sollte gründlich erhoben werden. Eine ausführliche Anamnese ist deshalb absolut notwendig (Beschwerden, klinischer Befund, Familien-, Geburts-, Schwangerschafts- und Ernährungsanamnese). Der Krankheitsverlauf muss immer in Zusammenhang zur Vorsorgeuntersuchung gebracht werden. Zielsetzung der Diagnostik ist es, Defizite zu ermitteln (somatisch, motorisch, psychosozial Ausmaß der Unterernährung), pathogenetische Faktoren einzubeziehen und die auslösende Erkrankung festzustellen (vgl. Baumgartner 2007, 9 ff).

Der Verlauf einer frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörung ist unter anderem davon abhängig, ob ein Kind ausreichend Gedeihen kann. Eine Gedeihstörung neigt allgemein zu einer hohen Persistenz. Trotz intensiver Interventionen können verschiedene Entwicklungsbereiche weiterhin belastet sein (vgl. Hofacker, Papoušek u. Wurmser 2004, 176 ff).

### 2.3. Ess- und Fütterungsstörung (Eating Behavior Disorder)

„Die Ernährung des Kindes, die Grundlage für ein gesundes Wachstum ist, ist wichtiger Bestandteil einer guten Beziehung zwischen Mutter (Vater) und Kind.“ (Berger et al. 2007, 56) Ein gesundes Neugeborenes verfügt über die Fähigkeit seinen Hunger und seine Sättigung zu signalisieren und selbst zu regulieren. In gleicher Weise verfügen Eltern über die intuitive Kompetenz auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen. So stellt sich das Füttern und Essen als emotional verknüpftes Thema für Eltern und Kind dar (vgl. Thiel-Bonney u. Hofacker 2012, 220/ siehe dazu auch Papoušek 2002).

## Frühkindliche Ess- und Fütterungsstörungen als Beispiel einer psychosomatischen Erkrankung

Der Terminus »Fütterungsstörung« hat sich gegenüber Begriffen wie »frühkindliche Ess(verhaltens)störung« oder »Ernährungsstörung« durchgesetzt, um dem interaktionellen Aspekt dieser Probleme gerecht zu werden. (Thiel-Bonney u. Hofacker 2012, 221)

Bei Fütterungsstörungen zeigt sich ein komplexes Zusammenspiel von somatischen, psychosozialen und interaktionellen Faktoren. Gerade zwischen organischen Belastungsfaktoren und Problemen in der Fütterungsinteraktion besteht eine hohe Komorbidität. Eine Fütterungsstörung von dem Beziehungskontext indem es sich entwickelt zu trennen, ist nicht möglich. Die frühkindliche Ess- und Fütterungsstörung zeigt wie auch andere Formen der Regulationsstörungen den typischen Symptomtrias, der sich wie folgt erklären lässt (vgl. ebd. 2012, 220 ff.):

Kindliche Probleme der Verhaltensregulation (bei der Nahrungsaufnahme), damit einhergehenden dysfunktionalen Fütterinteraktionsmuster und elterlicher Anpassungsstörung (Überforderungssyndrom eines oder beider Elternteile). (Hofacker, Papoušek u. Wurmser 2004, 175)

Eine Fütterungsstörung liegt nach den Leitlinien N. Hofackers vor, wenn die Störung mindestens einen Monat besteht, die Fütterungsinteraktion als belastend von den Eltern erlebt wird, die einzelnen Mahlzeiten in der Regeln mehr als 45 Minuten beanspruchen und/oder das Intervall zwischen den Mahlzeiten weniger als 2 Stunden beträgt. Bei Kleinkindern gehört ebenfalls ein unangemessener Kontext, beispielsweise ein aufwendiges Ablenkungsmanöver, oder eine strikte Auswahl an akzeptierten Lebensmitteln dazu (vgl. Cierpka u. Windaus 2007, 57). Per Definition handelt es sich bei einer Ess- und Fütterungsstörung um eine auftretende Unfähigkeit des Säuglings und Kleinkindes, unter Ausschluss einer organischen Ursache, adäquat zu essen. Ätiologisch spielen neuromechanische, physiologische, soziale und Lernfaktoren eine bedeutende Rolle. Eine Fütterungsstörung sollte erst dann diagnostisch in Betracht gezogen werden, wenn die Symptome über einen längeren Zeitraum von 4-6 Wochen mehrmals pro Woche auftreten und sich nicht durch medizinische (beispielsweise Stoffwechselstörung) und psychische Störungen (wie zum Beispiel Anpassungsstörung) erklären lassen (vgl. Wilken u. Jotzo 2011, 1063).

Neben der Auftretenshäufigkeit, Dauer und Intensität der Symptomatik sind deren Ursachen und der Entwicklungsverlauf sowohl für die therapeutische Begleitung als auch für die Prävention zentral. [...] Im Falle der Verstärkung und Verfestigung der Symptomatik ist zu beobachten, dass ein negatives Zusammenspiel der Entwicklungsbereiche stattfindet. [...] Hat sich eine

## Frühkindliche Ess- und Fütterungsstörungen als Beispiel einer psychosomatischen Erkrankung

Fütterstörung entwickelt, spielen die initialen Auslöser in der Regel nur noch eine untergeordnete Rolle. (ebd. 2011, 1063)

Die multifaktoriellen Einflüsse erfordern demnach von Beginn an eine interdisziplinäre Arbeit in der Diagnostik und Therapie. Fütterungsstörungen neigen zur Persistenz und stellen damit eine Gefahr für das körperliche, geistige und sozial-emotionale Wohl des Kindes und der Beziehungsentwicklung zwischen Eltern und Kind dar. Unter Berücksichtigung des Symptomtrias von kindlichen und elterlichen Belastungsfaktoren und interaktionellen Auffälligkeiten, sollte die therapeutische Vorgehensweise immer individuell getroffen werden. Das Ziel einer selbstgesteuerten oralen Nahrungsaufnahme kann auf verschiedene Weise erfolgen (vgl. Thiel-Bonney u. Hofacker 2012, 222 ff).

### *Manifestationsalter*

Vorrübergehende Fütterungsschwierigkeiten sind in der Entwicklung von gesunden Säuglingen keine Seltenheit und werden von einem Drittel der Eltern im ersten Lebensjahr beschrieben. Sie manifestieren sich häufig in den Übergängen zu neuen kindlichen Entwicklungsschritten und eröffnen sich als Anpassungsproblem an den neuen Fütterungsmodus, an neue Geschmacksrichtungen und neue Nahrungstexturen, wie beispielsweise der Übergang von der Milchkost zur Breikost (vgl. Cierpka 2012, 220).

In der psychoanalytischen Literatur werden 3 Phasen im 1. Lebensjahr unterschieden, in denen aus normalen, entwicklungsbedingten Konflikten, Fütterungsprobleme entstehen können:

- Schwierigkeiten in der Phase der Homöostase oder Symbiose (0-2 Monate),
  - Schwierigkeiten in der Phase der Annäherung (2.-6. Monat),
  - Schwierigkeiten mit dem Prozess der Individuation und Loslösung (6.-18. Lebensmonat).
- (Zimprich 1995, 108)

Da die Symptomatik einer Fütterungsstörung abhängig vom Alter und Entwicklungsstand des Kindes ist, ist es sinnvoll eine Unterscheidung bezüglich der allgemeinen Essentwicklung in die Diagnostik einzubeziehen, denn mit fortschreitender Entwicklung des Kindes verändern sich auch die Nahrungsangebote.

In den ersten Lebensmonaten besteht der Nahrungsbestandteil aus Muttermilch und damit steht die Trinkunlust des Säuglings im Vordergrund. Ausgelöst wird dies durch eine gestörte oralmotorische Saug-Schluck-Koordination. Die erforderliche aufgenommene Nahrungsmenge bleibt zu gering und es kann zu Gedeihstörungen kommen. Eine Trinkunlust im Säuglingsalter führt in den meisten Fällen zu einer Fütterungsstörung im ersten Lebensjahr (vgl. Wilken 2007, 18 / siehe dazu auch Ramsay et al. 1993).

Zwischen dem vierten bis sechsten Monat erlangen Säuglinge die Fähigkeit Brei zu essen. Häufig führt in dieser Phase die Konsistenz und Geschmacksrichtung des Breis zur Nahrungsverweigerung. In diesem Zusammenhang erfolgt ein Nahrungszwang von Seiten der Eltern oder eine erneute Rückführung auf die Milchnahrung. Die Nahrungsverweigerung bestimmter Lebensmittel kann sich bis ins Grundschulalter fortsetzen und die Nahrungsaufnahme bleibt auf wenige und häufig außergewöhnliche Nahrungsmittel beschränkt (vgl. ebd. 2007, 18 / siehe dazu auch Chatoor 2002).

Im Alter von circa acht bis zwölf Monaten wird das Kind mit Mischkost ernährt. Das Kleinkind beginnt die Nahrung selbstständig mit dem Löffel zu sich zu nehmen. In dieser Phase kommt es häufig zu einem provozierenden Essverhalten und zur Nahrungsverweigerung. Die Kleinkinder testen ihre Grenzen und profilieren sich in den Esssituationen, sodass sich Eltern zu dessen „Spielball“ entwickeln. Das Kleinkind fordert in solchen Fällen absurde Rituale, ohne die es sonst keine Nahrung zu sich nimmt. Sind dominierende Rituale Bestandteil der Nahrungsaufnahme spricht man von einer unangemessenen Essentwicklung und damit auch von einer Fütterungsstörung (vgl. ebd. 2007, 18 ff.).

Differentialdiagnostisch ist es notwendig eine Abgrenzung zwischen Fütterungsproblemen und Fütterungsstörungen vorzunehmen. Bei Fütterungsproblemen treten die oben beschriebenen Symptome kurzzeitig auf. Fütterungsprobleme machen sich häufig bei Krankheiten und den beschriebenen Nahrungsübergängen bemerkbar. Eine Fütterungsstörung liegt vor, wenn die Symptome mehrere Wochen (4-6 Wochen) anhalten und häufig zu beobachten sind, ohne dass sie sich mit einer anderen Störung erläutern lassen. Fütterungsprobleme sollten präventiv behandelt werden, um einer Fütterungsstörung vorbeugen zu können. Im ungünstigsten Fall muss das Kind langfristig über die Sonde ernährt werden (vgl. Wilken 2007, 19).

### *Therapeutische Ansätze*

Zur Diagnostik frühkindlicher Fütterungsstörungen sind zwei Ansätze zu unterscheiden, der symptomorientierte Ansatz und der entwicklungsorientierte Ansatz. Bei der symptomorientierten Diagnostik werden die auftretenden Symptome in ihrer Intensität und Häufigkeit unter bestimmten Kontextvariablen (Interaktion in der Fütterungssituation etc.) erfasst. Die entwicklungsorientierte Diagnostik erfasst die Entwicklungsumstände unter denen sich die Fütterungsstörung manifestiert hat, beispielsweise Beziehungsentwicklungen, psychosoziale und medizinische Belastungen. Beide Ansätze sollten in der Praxis kombiniert werden, denn nur so ist es möglich den komplexen Wechselwirkungen zwischen somatischen, psychosozialen, beziehungsorientierten und interaktionellen Faktoren gerecht zu werden. Ein sehr wissenschaftlich abgesichertes Untersuchungsinstrument ist die entwicklungsorientierte „Developmental Feeding Scale“ von Irene Chatoor. Ein weiteres inhaltsreiches Hilfsmittel ist das Klassifikationssystem „Zero to Three“ [ZZT-DC: 0-3] (vgl. Wilken u. Jotzo 2011, 1065). Im Verlauf der Arbeit wird das Klassifikationssystem ZZT-DC: 0-3 genauer erläutert.

Ein wichtiger Aspekt in der Diagnostik von Fütterungsstörungen ist der Einfluss der Persönlichkeit von Eltern auf das Essverhalten des Säuglings. Bei Kindern mit einer diagnostizierten Fütterstörung wurde ein erhöhter Anteil an Psychopathologie bei den Eltern festgestellt. In wie weit dies Ursache oder Auswirkung der Fütterstörung ist, ist abschließend nicht ausreichend geklärt. Aufschlussreich dazu ist eine Studie von M. Dunitz et al. (1996): „Changes in psychopathology of parents of noft (non-organic failure to thrive) infants during treatment.“ Es erscheint folgerichtig einen Teufelskreis anzunehmen, in dem sich elterliche Traumatisierungen mit der Nahrungsverweigerung des Kindes gegenseitig aufrechterhalten (vgl. Wilken u. Jotzo 2011, 1066). Fest steht, dass sich eine störungsspezifische Anamnese der Symptomatik auf das Kind und die Eltern; die Interaktion und Beziehung; und die Familie/das familiäre Umfeld beziehen muss. Neben der Vorgeschichte, Familienanamnese, dem psychopathologischen Befund und den organischen Untersuchungen, ist die Beziehungsebene für die therapeutische Intervention von besonderer Bedeutung. Die Bezugspersonen müssen lernen ein entwicklungsmotivierendes und förderliches Umfeld zu schaffen, in dem das Kind seine Selbstregulation aktivieren kann. Die therapeutische Behandlung wird durch videodokumentierte Interaktionsdiagnostiken vereinfacht. Für die

Frühkindliche Ess- und Fütterungsstörungen als Beispiel einer psychosomatischen Erkrankung

Interaktionsdiagnostik wird zum einen die Fütterungsszene, zu anderen die Spielszene herangezogen.

In der Fütterungsszene haben die Eltern die Aufgabe eine freie Essensszene nach ihren Wünschen zu gestalten, während der Therapeut in die passive Rolle schlüpft und das Geschehen filmt. Der Fokus wird auf die Interaktion zwischen Eltern und Kind, und die Bereitschaft zur Nahrungsaufnahme gelegt.

In der Spielszene soll den Eltern die Möglichkeit gegeben werden, neben der meistens stressreichen Fütterungsszene, auch eine stressfreie Kommunikation mit ihrem Kind zu präsentieren. In dieser Sequenz wird ebenfalls die Eltern-Kind-Interaktion beobachtet. Außerdem sollte das Augenmerk darauf gerichtet werden, ob ein gleichberechtigter Austausch stattfindet oder ob es jemanden gibt, der seine Initiative durchsetzt.

Außerdem werden die Eltern dazu angeleitet während des Therapieverlaufes ein Esstagebuch über die Dauer der Ess- und Fütterungssituation, der Nahrungsmenge und möglichen Unterbrechungen zu führen (vgl. Baumgartner, 2007, 12 ff./ siehe dazu auch Dunitz-Scheer et al. 2000).

Der Schweregrad einer Fütterungsstörung bemisst sich letztendlich an:

- der Dauer der Fütterungsproblematik,
- der Generalisierung und Pervasivität der Regulationsproblematik,
- der Beeinträchtigung der somatischen, mentalen, psychosozialen und sprachlichen Entwicklung des Kindes und damit verbunden der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und
- anhand des Ausmaßes der Belastung der Eltern-Kind-Beziehung (vgl. Cierpka 2012, 234).

Gerade in der klinischen Praxis konnte festgestellt werden, dass häufig ein Mangel an positiver emotionaler Involvierung bei einer belasteten Fütterungsinteraktion existiert. Überlagern Konflikte eine Essenssituation ist es sinnvoll vorerst in einer Spielsituation daran zu arbeiten. In der therapeutischen Arbeit kann die Herangehensweise durch verschiedene Ansätze erfolgen. Hiermit eröffnet sich für die Praxis, ein methodenoffenes und flexibles Arbeiten, um dem Entwicklungsstand des Kindes, der Symptomatik und den elterlichen Ressourcen eine ausreichende Beachtung zu schenken (vgl. ebd. 234 ff.).

## Diagnostische Klassifikation frühkindlicher Ess- und Fütterungsstörung

Im Folgenden Kapitel werden die drei wichtigsten Manuale zur diagnostischen Einschätzung erläutert.

### 3.1. ICD-10 und DSM IV

Noch immer fehlt es an international verbindlichen und einheitlichen Kriterien zur Diagnostik der Fütterungsstörung. Als einzige unter den frühkindlichen Regulationsstörungen wurde die Fütterstörung in die diagnostischen Systeme ICD-10 und DSM-IV-R aufgenommen. (Thiel-Bonney u. Hofacker 2012, 230 f.)

Die Komplexität der Störung bildet sich jedoch in beiden Manualen nur ungenügend ab. Im ICD-10 wird die „Fütterstörung im frühen Kindesalter“ unter F 98.2 wie folgt beschrieben:

Es handelt sich um eine für das frühe Kindesalter spezifische Störung beim Gefüttertwerden mit unterschiedlicher Symptomatik. Allgemein umfasst sie Nahrungsverweigerung und extrem wählerisches Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot, einer einigermaßen kompetenten Betreuungsperson und in Abwesenheit einer organischen Krankheit. Begleitend kann Rumination (Wiederholtes Heraufwürgen von Nahrung ohne Übelkeit oder gastrointestinale Krankheit) vorhanden sein. (Weltgesundheitsorganisation 2010, 345)

Eine Störung sollte in diesem Fall nur diagnostiziert werden, wenn das Ausmaß deutlich außerhalb des Normbereiches liegt. Stellt sich das Essproblem des Kindes qualitativ abnorm dar und kann das Kind infolgedessen nicht zunehmen und verliert über einen Zeitraum von mindestens einem Monat an Gewicht, spricht man von einer Fütterstörung im frühen Kindesalter. Differentialdiagnostisch muss sie von folgenden Störungen unterschieden werden (vgl. Thiel-Bonney u. Hofacker 2012, 231):

- Umständen, bei denen das Kind problemlos von anderen Erwachsenen als der gewöhnlichen Betreuungspersonen Nahrung aufnimmt,
- einer zur Erklärung der Nahrungsverweigerung hinreichenden organischen Krankheit,
- Anorexia nervosa und andere Essstörungen (F50),
- einer umfassenderen psychiatrischen Störung,
- Pica im Kleinkind- oder Kindesalter (F98.3),
- Fütterschwierigkeiten und Betreuungsfehlern (R63.3),
- Fütterprobleme bei Neugeborenen (P92). (Weltgesundheitsorganisation 2010, 346)

Die Fütterungsstörung im Säuglings- und Kleinkindalter wird nach dem DSM-IV-R folgendermaßen definiert:

Die Störung manifestiert sich in dem Unvermögen, über den Zeitraum von mindestens einem Monat adäquat zu essen. In dieser Zeit tritt keine deutliche Gewichtszunahme bzw. ein deutlicher Gewichtsverlust auf; [es] geht nicht auf eine begleitende Erkrankung des Magen-Darm-Trakts oder einem anderen medizinischen Krankheitsfaktor (z.B. ösophagealer Reflux) zurück; [und] kann nicht durch eine andere psychische Störung (z.B. Ruminationsstörung) oder durch Nahrungsmangel besser erklärt werden; [und] beginnt vor dem Alter von sechs Jahren. (Thiel-Bonney u. Hofacker 2012, 231)

Im Kapitel 2.3. wurden multifaktorielle Einflüsse bei einer frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörung beschrieben, deshalb sollten einige Aspekte der Klassifikation des ICD-10 und DSM-IV-R kritisch betrachtet werden. Eine Fütterungsstörung ist nicht an eine Gedeihstörung gebunden, darum sollte ein Gewichtsverlust oder eine mangelnde Gewichtszunahme nicht zwingend Teil der Definition sein. Außerdem kann eine Fütterungsstörung sowohl von einer zugrunde liegenden organischen Erkrankung, als auch ohne medizinische Problematiken hervorgerufen werden. Die Annahme einer „einigermaßen kompetenten Betreuungsperson“ sowie „ein Betreuungsfehler“ sind zudem in der Definition individuell zu interpretieren und damit nicht aussagekräftig genug.

### 3.2. Zero to Three

Das System „Diagnostische Klassifikation 0-3“, kurz auch als ZTT DC: 0-3 bekannt, schafft einen systematischen und entwicklungsbezogenen Rahmen zur Untersuchung seelischer Gesundheits- und Entwicklungsschwierigkeiten in den ersten Lebensjahren (vgl. Zero to Three 1999). Das multiaxiale Klassifikationssystem wurde für Störungen im Alter von der Geburt bis zum dritten, maximal vierten Lebensjahr konstituiert. Durch die kompatible und analoge Verknüpfung mit den Klassifikationssystemen des DSM IV und ICD-10, ist das ZTT DC 0-3 mithilfe der Autoren M. Dunitz-Scheer und P. Scheer und in Anlehnung an die Autorin I. Chatoor im europäischen Raum, ein gängiges und umfassend anwendbares Hilfsmittel geworden (vgl. Baumgartner 2007, 15).

*Übersicht des Klassifikationssystems*

Das ZTT DC: 0-3 besteht aus einem multiaxialen diagnostischen Rahmen der sich aus folgenden 5 Achseneinteilungen zusammensetzt.

**Abbildung 1: Klassifikation nach dem ZTT DC 0-3  
(vgl. Zero to Three 1999, 6)**

<b>Achse I</b>	Primäre Klassifikation der psychischen Befindlichkeit
<b>Achse II</b>	Klassifikation der Eltern-Kind-Beziehung
<b>Achse III</b>	Krankheiten, medizinische Probleme und Entwicklungsstörungen
<b>Achse IV</b>	Psychosoziale Belastungsfaktoren
<b>Achse V</b>	Funktionell-emotionales Entwicklungsniveau

Das System konzentriert sich auf spezifische Säuglings- und Kleinkindthemen. Dynamische Prozesse, wie die Entwicklung und Bindung des Kindes, sind hier von Bedeutung. „Die primäre Diagnose sollte die vorrangigsten Charakteristika der Störung widerspiegeln.“ (Zero to Three 1999, 8) Die Achseneinteilung führt zu einem Gesamtbild ohne Einzelheiten zu vermischen und bietet damit eine genaue Diagnostik und bestmögliche Behandlung. Eine multiaxiale Diagnostik ist prozessdiagnostisch, das bedeutet jeder neue Eindruck über den Zustand des Säuglings/Kleinkindes wird festgehalten und kann zu neuen Interventionen veranlassen.

*Erläuterung der Subkategorien der Essverhaltensstörung (600)*

Die Diagnose einer Essverhaltensstörung wird unter der primären Diagnose (Achse I) erfasst. Sie kommt dann in Betracht, „[...] wenn ein Säugling oder Kleinkind Schwierigkeiten bei der Etablierung regelmäßiger Fütterungsmuster bei adäquater und angemessener Nahrungszufuhr und -aufnahme hat.“ (Zero to Three 1999, 34) Im Folgenden werden die einzelnen Subkategorien der Essverhaltensstörung erläutert.

601: Fütterungsprobleme durch Regulationsstörung (*Feeding Disorder of State Regulation*)

Handelt es sich um eine Fütterungsproblematik bei Regulationsstörungen, spricht man häufig von den schwierig zu ernährenden Säuglingen oder den sogenannten „Schreibabies“. Bereits kurz nach der Geburt treten Trinkprobleme auf. Zu beobachten ist, dass das Baby stark schwankende Reaktionen an der Brust oder Flasche zeigt, häufig äußerst unkonzentriert ist und unklare Hungersignale sendet. Das Zeitfenster, in dem es sich bereit zeigt gefüttert zu werden, ist sehr kurz. Versäumt die Mutter die Bereitwilligkeit zur Nahrungsaufnahme, ist das Baby inzwischen eingeschlafen oder schreit aufgrund von Ärger oder Hunger. Die Säuglinge zeigen allgemein ein sehr regulationssensitives Verhalten und verlieren Gewicht oder stagnieren. Häufig besteht ein Zusammenhang zu primären Interaktionsstörungen in der Eltern-Kind-Beziehung. Eine organische Ursache sollte bei dem regulationsauffälligen Säugling ausgeschlossen werden (vgl. Dunitz-Scheer et al. 2007, 796).

602: Essverhaltensstörung bei Bindungsstörung (*Feeding Disorder of Caregiver-Infant Reciprocity*)

Die Fütterungsproblematik beginnt in diesem Fall erst nach dem zweiten bis dritten Lebensmonat. Das Trinken aus der Flasche oder von der Brust stellte sich bis dahin nicht problematisch dar. „Die Störung liegt viel eher in der subjektiven Wahrnehmung der Qualität der Bindungs- und Beziehungswelt selbst, die zwischen dem Kind und seiner primären Bezugsperson herrscht.“ (Dunitz-Scheer et al. 2007, 796) Häufig sind die primären Bezugspersonen Mütter, denen die notwendige Freude und Begeisterung über das Baby fehlt. Sie zeigen sich still und fordern wenig Aufmerksamkeit. Die Versorgung des Säuglings erfolgt mechanisch korrekt. Laut Experten tritt dieses Verhalten häufig bei Müttern mit psychischen Erkrankungen und postpartalen Depressionen auf. Die Ess- bzw. Fütterungsproblematik wird durch das stetige Herausfallen aus der Gewichtsperzentile sichtbar. Säuglinge dieser Kategorie zeigen, ein verspätetes Lächeln und ihre Responsivität und Kommunikationsentwicklung ist verlangsamt, es sei denn es wird von anderen Bezugspersonen ausreichend kompensiert (vgl. ebd. 2007, 796).

603: Individuationsstörung, frühkindliche Anorexie (*Infantile Anorexia*)

Bei dieser Gruppe handelt es sich um primär organisch gesunde, oft jedoch temperaments- und regulationssensitive Kinder mit einer idiopathischen Essverweigerung mit Beginn ab dem sechsten Lebensmonat meist bei überinvolviert-ängstlicher, unsicherer Bindungssituation. (Dunitz-Scheer et al. 2001, 1352)

Wenn alle organischen Ursachen ausgeschlossen werden können, handelt es sich hierbei um eine enorme Willensäußerung. Aufgrund eines enormen Essensdrucks verweigert das Kleinkind die Nahrung. Der heranwachsende Säugling befindet sich in einer revolutionären Neuorientierung und möchte alles selbst machen. Dieses Verhalten betrifft auch die Fütterungsszene, was für die Mutter meist schwer zuzulassen ist. Das „kluge Kleinkind“ sucht sich häufig die Essenszene aus, um seinen Autonomiekampf gegen die Mutter auszutragen. Diese steigt auf die Machtkampfsituation ein und damit scheint ein alleiniger Ausweg unmöglich. Auch hier liegt primär eine Störung der Eltern-Kind-Interaktion vor. Mit zunehmendem Alter kann sich die Symptomatik verstärken, da die Hartnäckigkeit und Raffinesse des Kleinkindes zunimmt. Für das Kind ist die Prognose fatal (vgl. Dunitz-Scheer et al. 2007, 798).

604: Neurosensorische Essverhaltensstörung (*Sensory Food Aversions*)

Diese Form der Störung ist begleitet von organischen Ursachen. Chromosomale Fehlbildungen, Stoffwechselstörungen mit cerebraler Beeinträchtigung, Wahrnehmungs-, Funktions- und Schluckstörungen sind primäre Ursache dieser Störung. Die betroffenen Kinder sind hypersensitiv gegenüber dem Schluckvorgang (vgl. ebd. 798). Neben organischen Ursachen bezeichnen Entwicklungspsychologen die Kinder als heikle Esser und machen eine sensorische Überreaktion für die ausgefallenen und teils hochselektiven Geschmackvorlieben verantwortlich. Wichtig sind hier eine genaue Beobachtungsgabe der Fütterungssituation und eine Einschätzung zur langfristigen Selbsternährung des Kindes. In vielen Fällen kann eine supportive PEG-Sonde (perkutan-endoskopische Gastrostomiesonde) eingesetzt werden. Die wichtigste differentialdiagnostische Unterscheidung zu den vorangegangenen Kategorien ist, dass die Kinder essen möchten, es aber motorisch und technisch nicht ausreichend schaffen (vgl. ebd. 799).

605: Medizinisch bedingte Fütterstörung (*Feeding Disorder Associated with Concurrent Medical Condition*)

„Diese sekundäre Ess- und Fütterungsstörung entsteht bei primär gesunden Kindern akut nach banalen gastrointestinalen Infektionen oder Infekten im Mund- und Racheraum.“ (Stahmann 2005, 16) Kinder hören bei Fieber und Infektionen häufig auf zu Essen und beschränken ihre Ernährung auf das Trinken. In dieser Kategorie geht es jedoch darum verlängerte Phasen der Nahrungsverweigerung zu betrachten. In diesem Fall besteht die Gefahr einer „Regression“, also die Gefahr, dass die Kinder nach der Genesung selbstständig nicht mehr in der Lage sind Nahrung zu sich zu nehmen. Hinzu kommt in vielen Fällen eine starke Aversion gegenüber jeglicher Stimulation im Mundbereich (vgl. Dunitz-Scheer et al. 2007, 799).

606: Posttraumatische Ess- und Fütterungsstörung (*Feeding Disorder Associated with Insults to the Gastrointestinal Tract*)

Hauptcharakteristikum dieser Kategorie sind vorangegangene orale Traumata, ausgelöst durch lange andauernde Krankenhausaufenthalte auf neonatologischen sowie kinderchirurgischen Intensivstationen. Die lebensnotwendige „orale Manipulation“ führt beim Säugling zu einer frühen und heftigen Abwehr von Nahrungsangeboten und zur Nahrungsverweigerung. Ein übergriffiges Fütterungsverhalten kann ebenfalls eine orale Traumatisierung auslösen. Das Baby wendet den Kopf ab und verschließt den Mund beispielsweise bei sichtbarem Essensangebot, dem Anrichten der Flasche etc. Unabhängig von der Ursache dieser Kategorie ist eines deutlich festzustellen: Das Kind scheint Angst vor der kompletten Fütterungssituation zu haben (vgl. Dunitz-Scheer 2007, 799). Für Mütter entsteht hier rasch ein Teufelskreis. Sie fühlen sich von der Fütterungssituation überfordert, haben Angst und sind häufig selbst traumatisiert.

## **Sondendependenz als besondere Herausforderung bei Ess- und Fütterungsstörungen**

Bei einer frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörung benötigen viele Säuglinge und Kleinkinder eine Sondenernährung. Diese Form der Ernährung stellt in der Medizin eine lebenserhaltende Akutmaßnahme dar. Oft zeigt sich mit einer Besserung des Gesundheitszustandes, dass die Rückkehr zur oralen Nahrungsaufnahme für die Kinder schwierig bis unmöglich ist. In diesem Fall hat sich eine neue Problematik auf Seiten des Kindes entwickelt (vgl. Dunitz-Scheer et al. 2001, 1348).

Der Begriff Sondendependenz bedeutet eine ungewollte Unfähigkeit des Kindes auf normalem Wege seine orale Tätigkeit und damit ein natürliches Essen und Trinken nach längerfristiger Sondierung aufzunehmen, obschon keine aktuellen Gründe für die Fortsetzung der vormals medizinisch indizierten Langzeitsondierung sprechen. (Dunitz-Scheer 2011, 8)

Eine Sondendependenz stellt eine massive Entwicklungsblockierung des heranwachsenden Kindes dar. Medizinisch betrachtet darf eine Sondenernährung nicht unterschätzt werden, denn Komplikationen sind nicht auszuschließen. Eine Sondenernährung befindet sich immer in der Ambivalenz zwischen „Lebenserhaltung“ und „Lebensstörung“ (vgl. Dunitz-Scheer et al. 2000, 448).

### 4.1. Sondenarten und Sondennahrung

Welche Sondenart das Kind benötigt, bestimmt seine zu Grunde liegende Erkrankung. Allgemein wird zwischen kurzfristiger und langfristiger Sondenernährung unterschieden. Transnasale Sonden, aus Polyurethan oder Silikon, werden für kurze Zeitspannen gelegt (4-6 Wochen). Bei längerfristiger Sondierung wird eine perkutan-endoskopische Gastrostomiesonde, kurz PEG-Sonde, bevorzugt. Die verschiedene Namensgebung der Sonden orientiert sich an ihrem Zugangsweg und ihrer Lage (vgl. Stahmann 2005, 9 ff.). Eine adäquate Sondennahrung richtet sich nach dem Alter und der Grunderkrankung des Kindes. Generell muss die Nahrung flüssig oder von geringer Viskosität sein, sodass sie auch ohne Probleme durch die meist dünnen Schläuche verabreicht werden kann. In den ersten neun Lebensmonaten kann unbesorgt Muttermilch verabreicht werden. Darüber hinaus wird älteren Kindern speziell

Sondendependenz als besondere Herausforderung bei Ess- und Fütterungsstörungen

produzierte Sondennahrung angeboten. Hierbei handelt es sich um eine hochkalorische und ballaststoffreiche Trinknahrung wie beispielsweise Frebini oder Nutrini. Zur Verabreichung dieser Sondennahrung informieren Ernährungstabellen auf den Produkten über die notwendige Tagesbedarfsmenge (vgl. Stahmann 2005, 10).

#### 4.2. Risiken enteraler Ernährung

Eine dauerhafte Sondenernährung kann zu Sekundärsymptomen wie zum Beispiel gesteigertem Erbrechen, Schluckproblemen, sowie zu gestörten Schlaf-Wach-Rhythmen und gestörten Hunger-Sättigungsrhythmen führen (vgl. Dunitz-Scheer 2000, 448). Bei einer ausschließlichen Sondenernährung des Kindes fehlt die Stimulation des Mundbereiches. In diesem Fall reagiert das Kind auf Berührungs- und Geschmackserlebnisse im Gesicht empfindlich oder sogar aversiv. Eine heutige Einschätzung darüber, dass eine orale Nahrungsaufnahme einer enteralen Nahrungsaufnahme vorzuziehen ist wird weitläufig geteilt, jedoch fehlt es in der Praxis an therapeutischen Strategien zur Beendigung der enteralen Ernährung (vgl. ebd. 2000, 448).

Eine Sondenernährung ist aus funktioneller und sozialpsychologischer Sicht als Entwicklungsbenachteiligung zu beurteilen. Es entstehen interaktive, familiendynamische und finanzielle Belastungen (vgl. Dunitz-Scheer 2010, 7). Zwischen dem Ess- und Fütterungsverhalten des Kindes und der Eltern-Kind-Interaktion konnte ein empirischer Zusammenhang festgestellt werden (vgl. Dunitz-Scheer 2001, 3). Frau Prof. Dr. med. Dunitz-Scheer äußert im Hinblick auf eine Sondendependenz den Begriff „the crazy worlds“ was so viel bedeutet, wie die „verrückten Welten“ (vgl. Dunitz-Scheer et al. 2004, 3). Damit erläutert sie, dass die künstliche Nahrungsaufnahme für das Kind zu einer Normverschiebung geführt hat und eine neue Norm als Anpassungsreaktion entwickelt hat. In der „neuen Realität“ des Kindes wird Essen mit dem verbunden, was die Mutter über den Schlauch der Sonde einführt. Im Alter von drei Jahren hat sich die Sonde letztendlich als Teil der kindlichen Identität entwickelt. Diese Prognose ist fatal. Der häufig auftretende Ausschluss der sondenabhängigen Kinder von den familiären Essensritualen führt zu einer ungewollten Vermeidung von Nahrungsangeboten. Die Kinder reagieren überempfindlich auf jeglichen oralen und taktilen Kontakt mit Essen. Trickreiche Versuche von Seiten der

Sondendependenz als besondere Herausforderung bei Ess- und Fütterungsstörungen

Eltern, dem Kind Nahrung oral zuzuführen, können die bestehenden Ängste vermehren und damit den kindlichen Widerstand erhärten. Anders als bei gesunden Kindern, die ein autonom-intuitives Essverhalten entwickeln, sind sondendependente Kinder länger von ihren Eltern abhängig und haben nicht die „Befugnis“ autonom und selbstregulativ über ihre Nahrungsaufnahme zu entscheiden. So kommt es in Folge dieser Situation zu einer Fixierung der kindlichen Widerstandsmuster. Die Essentwicklung und damit auch die orale Koordination bleiben auf der Strecke (vgl. Dunitz-Scheer 2004, 2 ff.). Je länger die Sondenabhängigkeit besteht, umso unwahrscheinlicher ist die Umstellung auf eine orale Ernährung. Dabei klingt es so einfach:

[...] Essen lernen und Essen können und es auch konkret zu tun, [...] [geht] am ehesten dann gut [...], wenn möglichst viel „unbewusste“ Autonomie bewahrt wird und möglichst wenig kognitiv gesteuerte Einflüsse wirksam werden. (Dunitz-Scheer et a. 2004, 2)

Erfolgen Umstellungsversuche auf eine orale Ernährung, lassen sich folglich Nahrungsverweigerung, Erbrechen und eine Gedeihstörung beobachten, die zu markanten Merkmalen der frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörung zählen. Die Frage, ob eine Nahrungsverweigerung zur Sondenernährung führt oder ob die Nahrungsverweigerung Ursache einer Sondenernährung ist, ist nur schwer zu beantworten. Jedoch konnte herausgefunden werden, dass der Anteil von Kindern ohne medizinische Erkrankungen seltener per Sonde ernährt werden. Damit ist eine Sondierung überwiegend krankheitsbedingt. Diesbezüglich ist jedoch immer noch unklar, warum trotz erfolgreicher Therapie der Grunderkrankung die Nahrungsverweigerung bestehen bleibt (vgl. Stahmann 2005, 14).

## Ätiologische Aspekte bei frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörungen

Eine frühkindliche Ess- und Fütterungsstörung zeigt anhand ihrer Entstehung, dass viele Faktoren zur Symptomatik beitragen und sie aufrechterhalten. Von einer symptomatischen Ursache-Wirkungs-Kette zu sprechen ist in diesem Falle nicht sinnvoll. Eine Fütterungsstörung bedingt sich vielmehr durch ein wechselseitiges Gefüge von kindlichen, elterlichen und interaktionellen Faktoren (siehe dazu Kapitel 2.3.). Im Folgenden sollen vor allem entwicklungspsychologische und bindungstheoretische Aspekte betrachtet werden.

### 5.1. Entwicklungspsychologische Aspekte: Modelle von R. H. Largo und N. Hofacker

Die kindliche Entwicklung verläuft in der Regel nicht störungsfrei. Krisen sind Bestandteil der Entwicklung. In jeder Altersperiode gibt es unterschiedliche Auffälligkeiten die auftreten können. Trotzdem können sich einige Auffälligkeiten zu schwereren Krisen entwickeln und eine erhebliche Belastung für die Familie darstellen. Dies soll die Erläuterung des Modells von R. H. Largo genauer beschreiben (vgl. Largo u. Benz-Castellano 2004, 18).

Largo orientierte sich mit seinem „Zürcher Fit-Modell“ an den Ausdruck der Forscher S. Chess und A. Thomas „goodness of fit“. Es besagt, dass sich ein Kind am besten entwickelt, wenn einerseits eine Übereinstimmung zwischen seinem Temperament und seiner Motivation und andererseits den Erwartungen und Anforderungen der Umwelt besteht. Das Modell postuliert, wenn eine ausreichende Übereinstimmung zwischen dem Kindes und seinem Umfeld stattfindet, ist es aktiv und interessiert an der Erkundung seiner Umwelt beteiligt (vgl. ebd. 2004, 19). Das Kind ist im Stande ein gutes Selbstwertgefühl zu entwickeln – In so einem Fall spricht man von einem „Fit“. Die stetige Weiterentwicklung des Kindes erfordert von den Eltern sich immer wieder neu auf ihr Kind zu beziehen. Largo definiert 3 wichtige Bereiche des Fit-Modells die zum Wohlbefinden des Kindes beitragen:

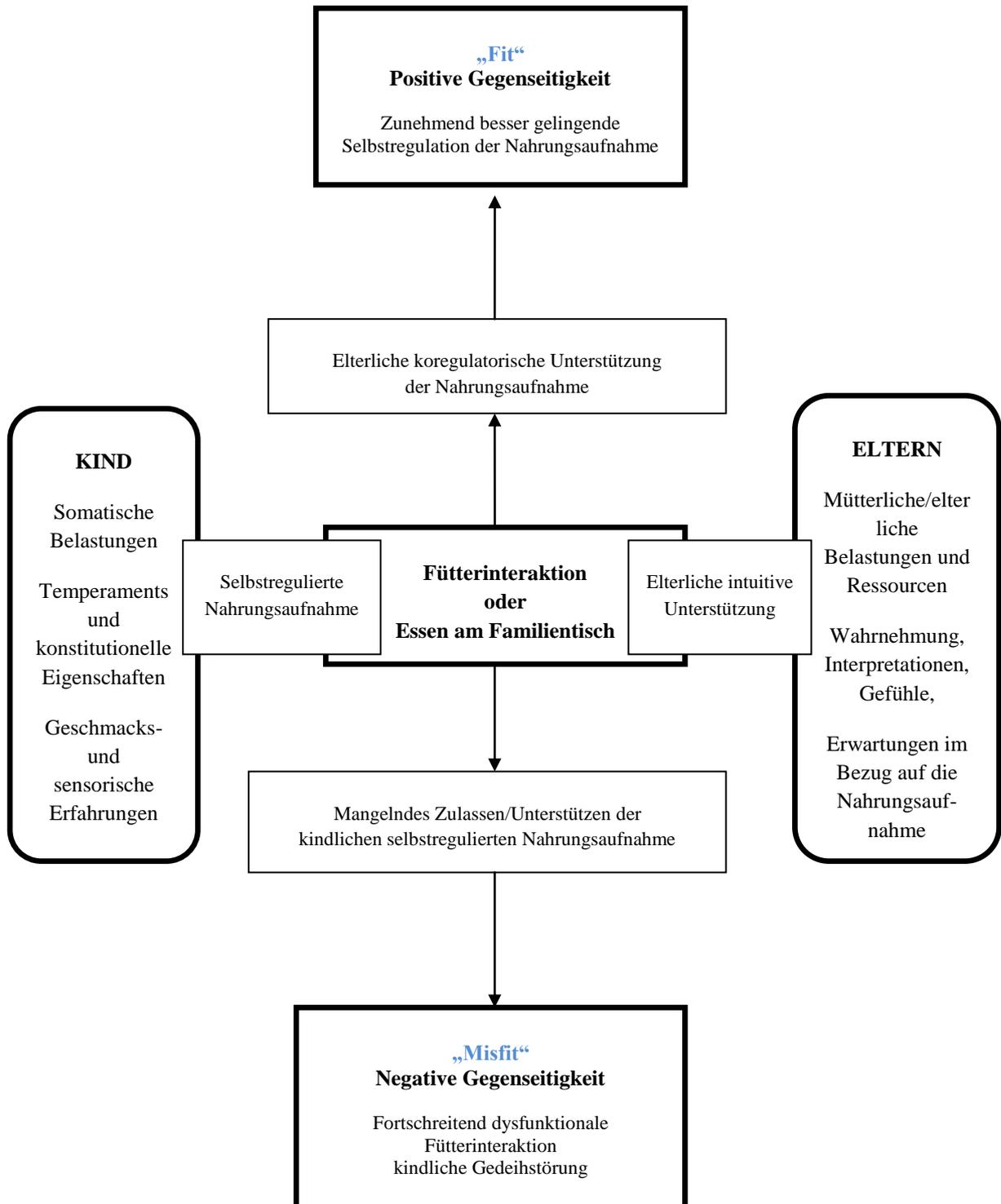
- Geborgenheit von Seiten der Eltern ist geboten,
- das Kind erfährt soziale Akzeptanz

- und das Kind macht eigene Erfahrungen bezüglich seiner Entwicklung und Leistungsfähigkeit.

Kommt es zu Unstimmigkeiten und einer fehlenden Übereinstimmung zwischen dem Kind und seiner Umwelt (den Eltern), spricht man in diesem Fall von einem „Misfit“ (vgl. Largo u. Benz-Castellano 2004, 19).

Frühkindliche Ess- und Fütterungsstörungen werden neben physischen und psychischen Faktoren durch interaktive Verhaltensweisen beeinflusst. Das Modell von Largo soll verdeutlichen, dass eine Unstimmigkeit zwischen dem Verhalten des Kindes und den Anforderungen der Eltern die Entstehung einer Ess- und Fütterungsstörung bewirken kann. N. Hofacker stellt in seinem Modell einer interaktions- und beziehungs-fokussierten Ätiologie frühkindlicher Fütterstörungen eine komplexe Wechselwirkung dar. Papoušek spricht in diesem Zusammenhang von einem bio-psycho-sozialen Bedingungsgefüge. Die Eltern-Kind-Interaktion wird von Hofacker als Kreislauf positiver und negativer Gegenseitigkeit dargestellt (vgl. Thiel-Bonney u. Hofacker 2012, 225). Diese Annahme schließt sich an die Aussagen des „Zürcher Fit-Modells“ nach R. H. Largo an. Hofackers Modell veranschaulicht die Fütterinteraktion beziehungsweise das gemeinsame Essen von Eltern und Kind. Er spricht von einer positiven Gegenseitigkeit, wenn eine elterliche koregulatorische Unterstützung der Nahrungsaufnahme stattfindet. In diesem Zusammenhang entwickelt das Kind eine zunehmende Selbstregulation der Nahrungsaufnahme („Fit“). Eine dysfunktionale Ess- und Fütterungssituation liegt vor, wenn die Eltern die selbstregulierte Nahrungsaufnahme auf Seiten des Kindes zu wenig zulassen oder mangelhaft unterstützen. In diesem Fall spricht man von einer negativen Gegenseitigkeit mit der Tendenz zu einer sich entwickelnden Störung („Misfit“). Das Modell von Hofacker wird im Folgenden graphisch dargestellt.

**Abbildung 2: Modell einer interaktions- und beziehungs-fokussierten Ätiologie frühkindlicher Fütterstörungen von N. Hofacker (vgl. Thiel-Bonney u. Hofacker 2012, 226).**



## 5.2. Bindungstheoretische Aspekte

Ein Säugling ist mit einem biologisch verankerten Bindungssystem ausgestattet; komplementär dazu steht das Pflegeverhalten des Erwachsenen. Hieraus bildet sich eine stetige Wechselbeziehung die das Überleben des Säuglings sichert. Durch diesen wechselseitigen Prozess von Interaktion und Affektregulation, kommt es im Laufe des ersten Lebensjahres zum Aufbau von Bindungsbeziehungen. Unter ungünstigen sozial-emotionalen Bedingungen kommt es zu einer pathologischen Bindungsentwicklung. Bei Regulationsstörungen, wie der frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörung, kann die Symptomatik des Kindes eine große Herausforderung für die Eltern-Kind-Bindung darstellen. Zusätzlich kann eine beeinträchtigte Bindungssicherheit zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen (vgl. Hédervári-Heller 2012, 58). Das bindungstheoretische Konzept ist aus diesem Grund in der therapeutischen Arbeit mit Eltern von ess- und füttergestörten Säuglingen/Kleinkindern von besonderer Bedeutung.

### *Grundannahmen des Bindungskonzeptes*

John Bowlby, der Begründer der Bindungstheorie, stellt das Bindungssystem als ein primäres, genetisch und motivational verankertes System dar. Es entsteht zwischen dem Säugling und seiner primären Bezugsperson und hat eine überlebensorientierte Funktion. Die primäre Bezugsperson, in den meisten Fällen die Mutter, muss eine gute Bindungsqualität sichern, indem sie die Bedürfnisse des Kindes nach Schutz und Nähe wahrnimmt und befriedigt. In jeder Interaktion erhält das Kind eine Antwort auf seine Bedürfnisse. Diese werden entweder anerkannt oder ignoriert und damit richtig oder falsch interpretiert. Eine gute Bindungsqualität ist in diesem Zusammenhang abhängig von der Feinfühligkeit der Mutter (vgl. Brisch 2009, 35 ff.). Die Form der Interaktion ist für das Kind ausschlaggebend um zu beurteilen, inwieweit es die Mutter als sichere Basis nutzen kann. Das Kind entwickelt in diesem Zusammenhang innere Arbeitsmodelle von Bindungsbeziehungen (vgl. Lepolt 1993, 30). Die Feinfühligkeit bildet eine wichtige Grundlage für die Qualität der Bindung des Säuglings und wurde im Wesentlichen von Mary Ainsworth entwickelt. Anhand ihrer Baltimore-Längsschnittstudie charakterisierte sie folgende Verhaltensweisen die sich als feinfühlig erweisen:

- die Bezugsperson muss in der Lage sein die kindlichen Signale mit aller Aufmerksamkeit wahrzunehmen,
- sie muss die Signale des Kindes richtig deuten und verstehen können,
- sie muss angemessen auf die Signale des Kindes reagieren
- und ihre Reaktion muss prompt auf das Signal des Kindes erfolgen (vgl. Brisch 2009, 35 ff.).

Die Umsetzung dieser beschriebenen Charakteristika verlangt von der Mutter eine hohe Flexibilität und Kompromissbereitschaft. Erweist sich die Mutter als hinreichend feinfühlig, entwickelt das Kind eine sichere Bindungsqualität. Mary Ainsworth's Untersuchungen konnten einen Zusammenhang zwischen mütterlicher Feinfühligkeit und einer sicheren Bindung bestätigen (vgl. Lepolt 1993, 30 ff.).

#### 5.2.1. Die Regulationsfunktion

Die Regulationsfunktion spielt eine wichtige Rolle zur Herstellung eines dynamischen Gleichgewichts innerhalb einer Beziehung. Sie dient der Aufrechterhaltung eines physischen und psychischen Wohlbefindens für beide Beziehungspartner (Mutter/Vater und Kind). Eine angemessene und adäquate Regulation ist ein wesentlicher Bestand zur Herstellung einer gesunden Beziehung. Aus diesem Grund können Regulationsstörungen zur Entstehung einer gestörten Beziehung beitragen. Regulationsstörungen führen zu Signalmissverständnissen und damit zu abweichenden Entwicklungsschritten (vgl. Lepolt 1993, 51).

Regulationsmuster zwischen Mutter und Kind können pathologisch erscheinen. A. Sammeroff und R. Emde haben diesbezüglich fünf Regulationsmuster beschrieben, die aus einer gestörten Beziehung hervorgehen. Die Regulationsmuster treten im Kontext der Beziehungsentwicklung auf und sowohl vom Kind, als auch von der Bezugsperson, in den meisten Fällen der Mutter, beeinflusst. Eine Einschätzung der Beziehung erfolgt anhand der Regulationsmuster von Mutter und Kind. Je jünger ein Kind ist, umso mehr wird das Regulationsmuster von der Mutter/Bezugsperson bestimmt (vgl. Lepolt 1993, 51 ff.). Zwischen folgenden fünf Mustern wird unterschieden:

- Überreguliert
- Unterreguliert
- Unangemessen
- Irregulär
- Chaotisch (siehe dazu Lepolt 1993, Seite 51 ff.)

Die angemessene (appropriate) Regulierung der Beziehung wird in ihrer Qualität als autonom, adäquat, kooperativ, wechselseitig stimulierend, synchron, responsiv, harmonisch, einführend, verlässlich, konsistent und signalsensibel charakterisiert. (ebd. 1993, 53)

Das Füttern eines Babys ist eine wechselseitige Erfahrung für Mutter und Kind, die bei hinreichender Befriedigung zum eigenständigen Erlernen des Essens und Trinkens führt. Dieser Prozess ist für die Bindungsqualität und Entwicklung des Kindes von großer Bedeutung. „Ist die Eltern-Kind-Beziehung belastet, so schließt dies eine Gefährdung der kindlichen Bindungsentwicklung mit ein.“ (Thiel-Bonney u. Hofacker 2012, 230) Bei Kindern mit Ess- und Fütterungsstörungen ist die Essenssituation sehr belastet. Die Beziehung zwischen Mutter und Kind ist geprägt von Angst und Unsicherheit. Die lebensbedrohliche Situation, das Kind könnte verhungern, führt zu einem verstrickten Interaktionsverhalten und äußert sich häufig durch mütterlichen Nahrungszwang. In diesem Fall kann die Symptomatik zu einer gestörten Bindungsbeziehung führen. „Die seelische Belastung der Mutter um das kranke Kind steht in keiner direkten Korrelation zur Schwere der Erkrankung. Jede belastete Mutter-Kind-Beziehung ist sensibilisiert, sensitiv und übersensibel.“ (Dunitz-Scheer 2001, 4)

### 5.2.2. Die frühe Eltern-Kind-Interaktion

Wie auch schon die Bindungstheorie erläutert, besitzt der Säugling evolutionsbiologische frühkindliche Verhaltensweisen um sich mitzuteilen. Eltern besitzen „geprägte Programme“ die das Überleben des Säuglings sichern.

Während der Säugling bemüht ist, durch entsprechende Signale seine Bedürfnisse mitzuteilen, ist es die Aufgabe von Bezugspersonen, auf die Signale im Sinne einer Bedürfnisbefriedigung zu reagieren. Es handelt sich um aufeinander abgestimmte Verhaltensprogramme, die das Interaktionsverhalten der beteiligten Interaktionspartner entscheidend beeinflussen. (Ahnert 2004, 147)

Ein Ansatz, der das frühe Interaktionsverhalten von Bezugspersonen und ihren Kindern analysiert, wurde von den Eheleuten Papoušek veröffentlicht und als „intuitive-elterliche-Kompetenz“ bezeichnet. Mit der Ausstattung der intuitiven Kompetenzen sind die Eltern in der Lage den individuellen Eigenheiten ihres Kindes gerecht zu werden.

Folgende Funktionen des Elternverhaltens werden ohne bewusste Reflexion, intuitiv ausgeführt:

- das Einhalten eines optimalen Reaktionszeitfensters auf das Verhalten des Kindes,
- das Herstellen und Aufrechterhalten von Blickkontakt zum Kind,
- das präverbale und verbale Verhalten dem Kind gegenüber und
- die Regulation des Wach- und Erregungszustand des Kindes (vgl. Lohaus, Ball u. Lißmann 2004, 148 ff.).

So entsteht eine Interaktion positiver Gegenseitigkeit zwischen den Eltern und ihrem Kind. Dies führt zu einer wachsenden Vertrautheit, Selbstsicherheit bei den Eltern und einem positiven kindlichen Entwicklungsverlauf. (siehe dazu auch das Modell von Hofacker Kapitel 5.1.) Die Erfahrung, dass man dem Kind passende Unterstützungsangebote liefert ermöglicht den Eltern in die Fähigkeiten des Kindes zu vertrauen und die Verhaltensregulation zunehmend in die Hände des Kindes zu legen.

#### *Belastete Eltern-Kind-Interaktion in der Fütterungssituation*

Wie schon erwähnt wurde, handelt es sich bei der Ess- und Fütterungsstörung um eine Symptomatik die von einem Symptomtrias (kindliche Faktoren, elterliche Faktoren und Interaktion) gekennzeichnet ist. Das Wechselspiel zwischen Eltern und Kind erfolgt mitunter auf der Ebene der konkreten Fütterinteraktion. Unter klinischen Gesichtspunkten ist eine Fütterstörung Grund für einen sich aufschaukelnden interaktionellen Teufelskreis. Der irritierte, regulationsgestörte, oder organisch vorbelastete Säugling reagiert auf das erste Angebot von Löffelkost mit Zurückhaltung und Abwehr, statt mit Neugier und Interesse. Viele Eltern missverstehen diese Körperhaltung, die Nahrung würde ihrem Kind nicht schmecken, und variieren das Nahrungsangebot. Häufig kommt es zu völlig altersunangemessen Nahrungsangeboten

(Breinahrung für ein dreijähriges Kind). Die Angst um die Gesundheit des Kindes wächst. Vor allem bei biographisch bedingten Verlustängsten geraten Eltern in große Sorge und geben den Wünschen des Kindes nach oder wenden ungewollten Zwang an. Die Verunsicherung der Eltern führt dazu, dass die intuitiven elterlichen Kompetenzen stark eingeschränkt werden. Die kindliche Nahrungsverweigerung und die elterlichen dysfunktionalen Interaktionsmuster bedingen sich gegenseitig. Es verfestigt die Interaktionsstörung und kann zu einer Beziehungsstörung führen (vgl. Hofacker, Papoušek u. Wurmser 2004, 184 ff.).

### *Resümee*

Frühkindliche Ess- und Fütterungsstörungen können die Beziehung zwischen Eltern und Kind stark belasten. Umgekehrt gilt auch, dass das kindliche Essverhalten negativ beeinträchtigt werden kann, wenn die Eltern keine positive Beziehung zu ihrem Kind aufbauen können. Eine belastete Eltern-Kind Beziehung schließt eine Gefährdung der kindlichen Bindungsentwicklung mit ein (vgl. Cierpka 2012, 230).

De Faktum konnte in zahlreichen Untersuchungen zur Rolle der Mutter/Vater-Kind Bindung in Bezugnahme auf eine frühkindliche Fütterstörung folgendes festgestellt werden:

Es gibt signifikant erhöhte Raten bei Säuglingen mit unsicheren und desorganisierten Bindungsmustern, die keine organisch bedingte Gedeihstörung aufweisen und aus sozial benachteiligten Familien mit prekären Entwicklungsbedingungen stammen.

Schließt man Kinder ab einem Jahr ein die lediglich Fütterungsprobleme zeigen, so ist eine erhöhte Rate an unsicheren Bindungsmustern nicht mehr genau nachzuweisen. Trotzdem besteht immer eine mäßige Korrelation zwischen dem Schweregrad der Fütterstörung und dem Ausmaß der damit verbunden Bindungssicherheit (vgl. Hofacker, Papoušek u. Wurmser 2004, 186).

Kinder mit einer Gedeihstörung weisen im Alter von 12 Monaten eine unsichere Bindung auf, andererseits zeigt wiederum die Hälfte der gedeihgestörten Kinder trotzdem eine sichere Bindung zur Mutter. Bei Kindern mit einer diagnostizierten

infantilen Anorexie fand unter anderem I. Chatoor ein vermehrt hochgradig unsicheres Bindungsmuster vor.

Mütter die anhand des „Adult Attachment Interview - AAI“ von Mary Main befragt wurden, zeigten in ihren Bindungsrepräsentationen vermehrt unsichere Bindungsmuster. Das „Working Model of the Child Interview – WMCI“ nach Charles Zeanah offenbarte, dass die Mütter weniger ausgeglichene mentale Repräsentationen zeigten. Vor allem die Fütterinteraktion erwies sich nicht als positives dyadisches Miteinander.

Aufgrund der zunehmend fehlenden körperlichen Berührung, kann keine positive Gegenseitigkeit in der Fütterungssituation festgestellt werden. Mütter von Kindern mit einem problematischen Ess- und Fütterungsverhalten zeigen in Ess- und Spielsituationen deutlich weniger Berührungen, halten einen vermehrten Abstand zu Kind, oder vermeiden den Körperkontakt zunehmend. Die Kinder wiederum zeigen ihrerseits weniger zärtliche Zuwendung und äußern mehr Zurückweisung, wenn sie berührt werden (vgl. Thiel-Bonney u. Hofacker 2012, 230).

Das Suchen nach körperlicher Nähe ist ein wichtiger Aspekt des Bindungsverhaltens, das Kontakt herstellt und Sicherheit und Schutz gewährleistet. Die Beobachtung einer beeinträchtigten körperlichen Berührung bei Kindern mit einer Fütterproblematik könnte einen Hinweis auf eine Belastung in der Beziehungs- und Bindungsentwicklung bedeuten. (ebd. 230)

## Forschungsinteresse und Forschungsrahmen

Im theoretischen Teil dieser Arbeit ist deutlich geworden, dass Regulationsstörungen und vor allem frühkindliche Ess- und Fütterungsstörungen immer auf multifaktorielle Entstehungsbedingungen zurückzuführen sind.

Die Komplexität des Spektrums frühkindlicher Essstörungen reicht von der Sorge einer Mutter über die Frage der richtigen Ernährung über das immer häufiger werdende hochselektive Essverhalten bis zur lebensbedrohlichen Gedeihstörung oder infantilen Anorexie, welche eine lebensbedrohliche Krise darstellt. (Dunitz-Scheer et al. 2011, 12)

Eine Fütterstörung ist eng geknüpft an die Beziehung und Interaktion zwischen Eltern und Kind. Die Problematik erfordert eine differenzierte Herangehensweise und eine individuelle Therapie. Die vorliegende Arbeit richtet deshalb den Fokus auf systemische und bindungstheoretische Aspekte und stellt vor allem Untersuchungsmöglichkeiten zur Begutachtung der Bindung und Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind dar. Die Mütter sind nach wie vor stärker in die Fütterung ihrer Kinder involviert als die Väter. Störungen der Beziehung zwischen Mutter und Kind sind aus diesem Grund zumeist ausschlaggebend für die Manifestation einer Ess- und Fütterungsstörung und werden in der vorliegenden Arbeit in den Vordergrund gestellt.

Im nachfolgenden Kapitel werden zum einen das bindungstheoretische Interview „Working Model of the Child“ [WMCI] nach Charles Zeanah vorgestellt und zum anderen die systemische Genogrammarbeit. Im Anschluss wird die Anwendung beider Methoden an konkreten Fallbeispielen dargestellt. Folgende Hypothesen sollen hierbei überprüft werden:

1. Die standardisierten Fragen des WMCI vereinfachen die Charakterisierung der Beziehung zwischen Mutter und Kind.
2. Die Methode der Genogrammarbeit kann dazu verwendet werden, um eine Korrelation zwischen der Gesamtstruktur des Familiensystems und der zu untersuchenden Mutter-Kind-Beziehung sichtbar zu machen.
3. Je schwerwiegender die Erkrankung des Kindes, desto stärker sind die mütterliche Repräsentation des Kindes und, in der Folge, die Mutter-Kind-Beziehung belastet.

4. Je brüchiger die Strukturen eines Familiensystems sind, desto schwieriger gestaltet sich die Beziehung und Interaktion zwischen Mutter und Kind; umgekehrt hat ein intaktes Familiensystem einen positiven Einfluss.

5. Die Ergebnisse des WMCI und der Genogrammarbeit lassen sich ergänzend interpretieren und erlauben so eine bessere Beurteilung der Mutter-Kind-Beziehung als die isolierte Anwendung einer der Methoden.

Ein geeignetes Forschungsfeld bot sich auf der Psychosomatischen Station der Grazer Universitätsklinik, Kinder- und Jugendheilkunde unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. med. Scheer und Frau Prof. Dr. med. Dunitz-Scheer. Im Rahmen eines Forschungspraktikums bot sich der Verfasserin der vorliegenden Arbeit die Möglichkeit, mehrere Familien mit ess- oder fütterungsgestörten Kindern über mehrere Wochen hinweg zu begleiten und eine berufliche Beziehung zu ihnen aufzubauen. Die Interviews sowie die Erstellung von Genogrammen wurden im Rahmen des stationären beziehungsweise ambulanten Therapieprogrammes zur Sondenentwöhnung durchgeführt. Dieses spezielle Therapieverfahren ist weltweit einzigartig und wurde in der Grazer Universitätsklinik unter der Leitung von Frau Prof. Dr. med. Dunitz-Scheer und Herrn Prof. Dr. med. Scheer entwickelt. Mit Hilfe des Programms konnten bereits eine Vielzahl von Säuglingen und Kleinkindern mit einer Ess- und Fütterungsstörung erfolgreich von der Sonde entwöhnt werden. Die Verfasserin führte in durchschnittlich dreiwöchiger intensiver Zusammenarbeit mit den Familien die Interviews sowie die Genogrammarbeit eigenständig durch.

Die Interviewfragen von Charles Zeanah wurden in deutscher Fassung übernommen und nach den vorgegebenen Auswertungskriterien evaluiert. Um den Erzählungen der Mütter aufmerksam und wertschätzend folgen zu können, wurden die Interviews aufgezeichnet und später auszugsweise transkribiert. Nicht in jedem Fall war eine Betreuung der Kinder während der Gespräche mit den Müttern möglich, so dass die Interviews zum Teil in Anwesenheit der Kinder durchgeführt werden mussten. Es gelang nicht immer, eine störungsfreie und angenehme Atmosphäre zu schaffen. Dies wäre jedoch sehr wünschenswert gewesen, da sich im Verlauf der Arbeit herausstellte, dass insbesondere die WMC-Interviews für die Mütter mit starken Emotionen verbunden waren und ein professioneller Umgang mit den Gefühlen der Mütter von Seiten der Forscherin erforderlich war. Insgesamt muss der Interviewer ein hohes Maß

an Reflexionsbereitschaft in Bezug auf eigene emotionale Prozesse mitbringen, da von starker Übertragung und Gegenübertragung während des Interviews auszugehen ist. Auch die hier beleuchteten Interviews waren mit großer emotionaler Beteiligung der Interviewerin verbunden. Die Durchführung von Pretests ist sinnvoll, um die eigene Rolle in der Gestaltung der Interviews besser reflektieren zu können und die Gespräche besser strukturieren zu lernen. Außerdem ist für die Validisierung der Ergebnisse hilfreich, die Audioaufnahmen von unterschiedlichen Personen auswerten zu lassen. Dies konnte im vorliegenden Fall aus Gründen knapper Personalressourcen nicht berücksichtigt werden. Die hier dargestellten Ergebnisse beruhen aus diesem Grund allein auf der Auswertung durch die Verfasserin der vorliegenden Arbeit (nach den Auswertungskriterien von Charles Zeanah).

Die Genogramme wurden mittels eines speziellen Programms (GenoPro) erstellt. Die Erarbeitung der Genogramme mit den Müttern erwies sich als leicht umsetzbar und konnte im Gegensatz zu den Interviews zu jedem Zeitpunkt einfach unterbrochen und später wieder aufgenommen werden. In der Praxis erwies es sich als vorteilhaft, die Genogramme während der Befragung zu zeichnen und später mit Hilfe parallel erstellter Notizen zu vervollständigen. Außerdem sind die Kenntnisse von Befragungstechniken und systemischen Grundlagen von großer Bedeutung für die Erarbeitung und Interpretation.

Insgesamt wurden sechs Interviews durchgeführt, von denen zwei zur ausführlichen Darstellung in der vorliegenden Arbeit ausgewählt wurden, nämlich das Interview mit Christina A., Mutter der dreijährigen Maja, und das Interview mit Andreana P., Mutter von Lucas, fünf Jahre alt. Entscheidendes Auswahlkriterium war, dass sich bei den ausgewählten Fällen die stärkste Differenz in Bezug auf die Mutter-Kind-Beziehung zeigte. Damit sind die Fälle besonders gut geeignet, um die Forschungshypothesen zu überprüfen. Die Ergebnisse der übrigen vier Interviews werden zusammengefasst als Vergleich herangezogen. Aus Zeitgründen wurden nur zu den beiden ausführlich dargestellten Einzelfällen Genogramme erarbeitet. Die befragten Mütter waren zwischen 30 und 45 Jahre alt, die Kinder zwischen 6 Monaten und 5 ½ Jahren. Drei von sechs Kindern wurden aufgrund einer Essstörung mit einer perkutan-endoskopischen Gastrostomiesonde behandelt, die Dauer der Sondenernährung betrug jeweils mindestens 1½ Jahre. Die anderen drei Kinder der Untersuchungsgruppe wurden auf der Psychosomatischen Station der Grazer Universitätskinderklinik behandelt, um einer

## Forschungsinteresse und Forschungsrahmen

Sondenernährung, bei bestehender Ess-/Fütterungsstörung, vorzubeugen. Bei vier von sechs Kindern waren weitere unterschiedlich schwere Diagnosen in der Krankenakte vermerkt. Die Komorbiditäten reichten von physiologischen Auffälligkeiten über neurologische Beschwerden bis hin zu genetischen Defekten. Alle Namen wurden aus Gründen der Vertraulichkeit geändert.

## „Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

Elterliche Wahrnehmung und deren subjektives Erleben ihrer Kleinkinder wurden seit langem in der klinischen Arbeit mit Kleinkindern und ihren Familien als wichtig erachtet. [...] Der WMCI ist ein nützlicher, strukturierter, klinischer Befragungsbogen, um problematische Merkmale von mütterlicher Wahrnehmung und deren subjektivem Erleben ihres Kindes zu identifizieren. Mütterliche Klassifikationen ihrer Kleinkinder, wie sie aus dem WMCI entnommen werden kann ist mit dem Gesundheitszustand des Kindes verbunden. (Benoit et al. 1997, 108)

Bei vorliegender klinischer Problematik wird die Beziehung zwischen Müttern und Kindern signifikant wahrscheinlicher als belastet, verwirrt oder unabhängig beschrieben. John Bowlby geht in seiner Theorie der inneren Arbeitsmodelle davon aus, dass die Vorstellung vom eigenen Kind<sup>2</sup> davon abhängig ist, welche Erfahrungen Eltern mit ihrem Kind machen. Diese Vorstellung bestimmt maßgeblich, wie Eltern die Beziehung zu ihrem Kind beschreiben. Anders als bei Mary Mains „Adult Attachment Interview“ (AAI), in dem es darum geht, die Veränderung der Bindungsorganisation im Lebenslauf empirisch zu untersuchen, knüpft das WMCI genauso wie die „Strength Situation“ von Mary Ainsworth an die frühe Bindungsbeziehung zwischen Mutter und Kind an. Zu unterscheiden ist, dass die „Strength Situation“ auf einer reinen Beobachtung von Sequenzen basiert, das WMCI hingegen ein strukturiertes Interview ist (vgl. Benoit et al. 1997, 108 f.). Das WMCI soll dem Untersucher erlauben, „to assess systematically the meaning a child has for his or her parents and to identify major themes in the caregiver’s perceptions [...] [and to] allow clinicians to tailor infant–parent psychotherapy to the specific needs of a given caregiver–infant dyad.“ (Benoit et al. 1997, 109)

### 7.1. Aufbau des Interviews

Das „Working Model of the Child Interview“ ist ein strukturiert entwickeltes Interview, anhand dessen die Wahrnehmung und subjektive Erfahrung der Eltern/Mutter mit ihrem Säugling klassifiziert werden kann. Das Interview beansprucht circa eine Stunde und es werden zu verschiedenen Passagen in der Entwicklung des Kindes Fragen gestellt:

---

<sup>2</sup> In diesem Zusammenhang wird sowohl vom Säugling, als auch vom Kind gesprochen. Es findet diesbezüglich keine Unterscheidung statt.

„Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

- die körperliche und emotionale Befindlichkeiten während der Schwangerschaft und kurz nach der Geburt,
- die Persönlichkeit und Entwicklung des Säuglings in verschiedenen Altersabschnitten,
- charakteristische Merkmale über die Beziehung zum Säugling,
- wahrgenommene Schwierigkeiten in Bezug auf den Charakter des Säuglings,
- Reaktionen auf das Verhalten des Säuglings,
- Kummer und Sorgen in einer Vielfalt von Zusammenhängen und
- erwartbare Probleme im späteren Verlauf der Entwicklung.

Das Interview wird vorzugsweise mit Müttern durchgeführt. Auffälligkeiten, und vor allem Gefühle der Übertragung und Gegenübertragung, sollten vom Interviewer währenddessen notiert werden und sind von großer Bedeutung.

Die Auswertung erfolgt anhand von Rangskalen (1-5), die eine differenzierte Bewertung einzelner Aspekte der Darstellung und des Erzählungsinhalts erlauben (vgl. ebd. 110). Folgende Faktoren werden bewertet:

*Detailreichtum in der Erzählung → richness of perception*

Sind die Antworten der Mutter kurz aber prägnant, erhält der Interviewer den Eindruck, die Mutter kenne ihren Säugling genau. Antworten dieser Art werden mit einem hohen Skalenwert (5) bewertet. Sind die Antworten der Mutter hingegen lang, wiederholend und wenig informativ, vermittelt sich dem Interviewer kein klares Bild vom Säugling, und der Antwort wird ein niedriger Skalenwert (1) zugewiesen.

*Flexibilität und Offenheit für Veränderungen → openness to change*

Hier geht es darum zu bewerten, ob die Mutter neuen Erkenntnissen über ihr Kind, die sich im Verlauf des Interviews ergeben, offen gegenüber steht. Kann sie neue Perspektiven und Ansichten über ihr Kind annehmen, bewertet man dies mit einem hohen Skalenwert (5). Lehnt die Mutter jedoch neue Sichtweisen ab, markiert man einen niedrigen Skalenwert (1) (vgl. Benoit 1997, 110).

*Intensität des Involviertseins und des Bezogenseins → intensity of involvement*

„The intensity of involvement scale assesses the degree of psychological preoccupation and/or the caregiver’s psychological immersion in the relationship with the infant.“

„Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

(Benoit 1997, 110) Macht die Mutter den Eindruck, die Beziehung zu ihrem Kind habe einen großen emotionalen Stellenwert, bewertet man dies mit einem hohen Skalenwert (5). Erscheint die Mutter unbeteiligt, weil sie von anderen Sorgen in Anspruch genommen wird, oder weil sie vom Säugling entfremdet ist, markiert man einen niedrigen Wert (1) auf der Skala.

*Kohärenz der Erzählung, Logik, Fehlen von Ungereimtheiten, Widersprüchen und Ambivalenzen → coherence*

Man markiert einen hohen Wert (5), wenn die Beschreibungen der Mutter durch außergewöhnliche Aufmerksamkeit und Klarheit geprägt sind und wenn die Antworten direkt, aufrichtig und der Befragungssituation angemessen sind. Ein niedriger Wert wird notiert (1), wenn die Beschreibungen verwirrt, widersprüchlich, unverständlich und/oder bizarr sind.

*Kindliche Schwierigkeiten → infant difficulty*

Die Skala bewertet die Äußerungen der Mutter über Schwierigkeiten bei der Betreuung und Pflege des Kindes. Ein hoher Wert (5) wird zugewiesen, wenn der Säugling als schwierig oder als Last beschrieben wird und die Probleme zum Hauptthema des Interviews werden. Die Antwort wird mit (1) bewertet, wenn die Mutter die Betreuung und Pflege des Säuglings als einfach beschreibt und es für die Mutter leicht ist, sich auf ihren Säugling einzulassen.

*Sensibilität und Aufmerksamkeit des Elternteils für das Kind → caregiving sensitivity*

Anhand dieser Skala wird gemessen, wie genau die Mütter die Bedürfnisse des Säuglings einschätzen und mit welcher Qualität sie diese erfüllt. Ein hoher Wert wird erreicht (5), wenn die Mutter die emotionalen Zustände und biologischen Bedürfnisse wahrnimmt, respektiert und adäquat beantwortet. Ein niedriger Wert wird angegeben (1), wenn die Betreuungsperson darin scheitert, die Bedürfnisse des Säuglings anzuerkennen oder einfühlsam darauf zu reagieren.

*Akzeptanz des Kindes durch den Elternteil → acceptance*

Anhand dieser Skala wird beurteilt, in wieweit die Betreuungsperson das Kind und alle Herausforderungen und Verantwortungen die mit seiner Betreuung einhergehen akzeptiert. Ein hoher Wert (5) wird markiert, wenn die Mutter ein Gefühl der Freude bei

„Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

der Betreuung des Kindes vermittelt. Ein niedriger Wert (1) wird angegeben, wenn die Mutter die Betreuung des Kindes als konfliktbelastet erlebt oder sogar Abneigung gegen den Säugling äußert (vgl. ebd. 110).

*Ängste, Sicherheitsängste und Sorgen des Elternteils um das Kind → fear for safety*

Diese Skala wird verwendet, um die irrationale Angst vor dem Verlust des Kindes zu bewerten. Ein hoher Wert (5) wird angegeben, wenn die Mutter unbegründete Sorgen bezüglich der Gesundheit oder Sicherheit ihres Kindes äußert. Ein niedriger Wert (1) wird notiert, wenn keine Verlustängste ausgedrückt werden.

Zusätzlich zu den acht genannten Skalen werden weitere, sekundäre Skalen dazu genutzt, die Gefühlslage der Mutter zu beurteilen. Im Einzelnen werden Werte für Freude (joy), Wut (anger), Ängstlichkeit (anxiety), Gleichgültigkeit (indifference), Schuldgefühle (guilt), Stolz (pride) und Enttäuschung (disappointment) vergeben. Auch hier erfolgt die Bewertung nach Noten von 1–5. Abschließend kann die Beziehung zwischen der Mutter und ihrem Kind einer von drei Kategorien zugeordnet werden:

- Ausgewogene/balancierte Beziehung
- Entfremdete/entkoppelte Beziehung
- Verkehrte/unsichere Beziehung (vgl. Benoit 1997, 111)

*Ausgewogene/balancierte Beziehung*

Die Beziehung wird als ausgewogen und balanciert klassifiziert wenn ein hoher Wert auf der „Kohärenz-Skala“ erreicht wird. Die Beziehung zum Säugling wird ersichtlich und die Beschreibungen sind für den Interviewer gut nachzuvollziehen. Sowohl positive als auch negative Eigenschaften des Kindes oder Aspekte der Beziehung werden akzeptiert und geschätzt. Die Eltern vermitteln das Gefühl, dass sie in die Beziehung mit ihrem Säugling „versunken“ sind (Hoher Wert auf der Skala Intensität des Involviertseins). Es spiegelt sich Akzeptanz und Respekt gegenüber der Individualität des Säuglings wieder (Hoher Wert auf der Skala Akzeptanz). Die Mutter zeigt sich sensibel bezüglich der subjektiven Erfahrungen des Kindes und wertschätzend in der Beziehung zu ihrem Kind (hoher Wert auf der Skala Sensibilität). Die Erzählungen der

„Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

Betreuungsperson erreichen auch auf den Skalen „Flexibilität“, „Detailreichtum“, „Freude“ und „Stolz“ einen hohen Wert. Im Gegensatz dazu sollten Emotionen wie „Angst“, „Wut“ und „Enttäuschung“ niedrige Werte aufweisen.

### *Entfremdete/entkoppelte Beziehung*

Eine entfremdete Beziehung ist dadurch gekennzeichnet, dass die Mutter ihrem Säugling mit emotionaler Distanz und Teilnahmslosigkeit gegenübertritt. Die Betreuungsperson scheint sich nicht über subjektive Erfahrungen ihres Säuglings bewusst zu sein und die Individualität des Säuglings nicht genau zu kennen. Fortschritte des Kindes werden nicht wahrgenommen bzw. nicht positiv hervorgehoben. Die Mutter zeigt sich ignorant gegenüber Veränderungen, die das Kind betreffen, und zeigt kaum Interesse an ihrem Kind (vgl. ebd. 111). „They may approach the topic of the infant at a cognitive level, remote from feelings and emotions. Ridiculing or dismissing the infant’s feelings are strong indicators of disengaged representations.” (Benoit 1997, 112) In extremen Fällen kann sogar explizite Abneigung festgestellt werden. Die Mütter äußern das Gefühl, keinen Einfluss auf die Entwicklung ihrer Kinder zu haben. Eine entfremdete Beziehung besteht, wenn niedrige Werte auf den Skalen „Flexibilität“, „Sensibilität“, „Akzeptanz“, „Intensität“ und „Detailreichtum“ vorliegen und ein hoher Wert auf der Skala „Gleichgültigkeit“ markiert ist.

### *Verkehrte/unsichere Beziehung*

Die verkehrte Beziehung wird durch innere Widersprüche und eine verzerrte Wahrnehmung der Mutter bezüglich ihrer eigenen Rolle gekennzeichnet.

For example, narratives may convey a sense of the parent as preoccupied or distracted by other concerns, confused and anxiously overwhelmed by the infant, selfinvolved and insensitive to the infant as an individual, expecting the infant to please or to be reasonable or excessively compliant. (Benoit et al. 1997, 112)

Eltern in einer verkehrten Beziehung richten häufig unrealistische Erwartungen an ihr Kind oder schreiben ihm boshafte Absichten zu. Sie äußern zwar starke Gefühle dem Kind gegenüber, die Äußerungen bleiben aber unspezifisch oder wirken

„Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

zusammenhanglos. Die Aussagen sind aus Sicht des Interviewers verwirrend, widersprüchlich oder sogar bizarr. Die Erzählungen deuten häufig auf erfolglose Bemühungen hin, sich dem Säugling nahe zu fühlen. Zusammenfassend werden niedrige Werte auf den Skalen „Kohärenz“, „Flexibilität“ und „Offenheit“, sowie „Sensibilität“ erreicht und hohe Werte auf den Skalen „Intensität“, „Angst“, „Wut“. Außerdem treten hohe Werte auf den Skalen „kindliche Schwierigkeiten“ und „Enttäuschung“ auf (vgl. Benoit et al. 1997, 112).

## 7.2. Verlauf und Auswertung der Interviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews dargestellt. Um die Auswertung nachvollziehbar zu machen, werden die transkribierten Auszüge aus den beiden im Fokus stehenden Fällen wiedergegeben. Hierbei handelt es sich um Passagen die für die Auswertungskriterien interessant sind und die Differenz zwischen den inneren mütterlichen Repräsentanzen ihrer Kinder darstellen soll. Sowohl das Interview und der Auswertungsbogen, als auch die Auswertung der durchgeführten Interviews befinden sich im Anhang (Kapitel 11, 88 ff.)

### *Detailreichtum in den Erzählungen*

Fünf von sechs Interviews wurden auf dieser Skala mit (3) oder mehr Punkten bewertet. In zwei von sechs Interviews waren die Erzählungen über den Säugling klar und präzise und wurden daher mit (5) bewertet. Das bedeutet, dass die Erzählungen das Gefühl vermittelten, dass die Mütter eine klare Vorstellung von der Persönlichkeit ihres Kindes hatten. Auffällig war, dass vor allem bei Fragen zur Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung im ersten Lebensjahr die Antworten zum Teil lang und weniger prägnant waren, was auch bei den Interviews von Christina und Andreana ersichtlich wurde. Dies lässt sich damit begründen, dass Geburt und Schwangerschaft bei den befragten Müttern oft als problematisch und belastend erlebt wurden. Daraus ergaben sich Unsicherheiten und häufige Sprünge in den Erzählungen, zum Teil waren starke Vermeidungstendenzen spürbar.

*Flexibilität und Offenheit für Veränderungen*

Bei der Mehrheit der Interviews wurde deutlich, dass neue Erkenntnisse, die sich durch die Fragen ergaben, von den Müttern schlecht akzeptiert wurden. In diesem Zusammenhang wurde nur eins von sechs Interviews mit einem höheren Wert (4) markiert und verdeutlichte damit eine gewisse Offenheit für neue Perspektiven auf das eigene Kind. Alle anderen Mütter konnten neue Ansichten über ihr Kind schwer hinnehmen, somit wurden diese nur mit (3) oder (2) Punkten bewertet. Dies konnte vor allem an Fragen festgestellt werden, die sich auf die Darstellung der Beziehung zwischen Mutter und Kind bezogen oder eine Einschätzung zur zukünftigen Entwicklung der Kinder verlangten. In diesem Rahmen wurden die Fragen zum Großteil ungenau oder ungern beantwortet. Dass die Mütter sich der Auseinandersetzung mit der Zukunft ihrer Kinder widersetzen, lässt sich mit den zum Teil schweren Erkrankungen der Kinder begründen. Die Entwicklung kranker Kinder kann, anders als bei gesunden Kindern, generell kaum vorhergesagt werden, so dass auch den befragten Müttern Mutmaßungen schwer fielen:

Interviewerin: Was glaube sie, wie wird ihr Kind sein wenn es in die Pubertät kommt?

Andreana: (lacht) Also ich hoffe, dass er irgendwelche Hobbies haben wird, die er machen kann. Ich weiß, dass er sehr viel Musik mag. Ich kann mir vorstellen, dass er vielleicht ein Instrument spielen wird.

Interviewerin: Und im Hinblick auf die Zukunft?

Andreana: Ich wünsche mir für Lucas, dass er selbstständiger wird ... Ich hoffe, dass ich mich selbst nicht so entwickeln werde, dass ich ihm keinen Raum gebe und immer da bin. Wenn man ein krankes Kind hat ist dies doppelt so schwierig, aber ich denke daran muss man schon arbeiten, dass man ihn langsam loslässt. Wenn ich immer da bin wird das nicht passieren und er wird immer abhängig sein.

Interviewerin: Was glaube sie, wie wird ihr Kind sein wenn es in die Pubertät kommt?

Christina: (lacht) Energisch... Ich war auch sehr energisch in der Pubertät... Ich hab keine Ahnung wie selbstständig sie bis dahin ist.

Interviewerin: Und was denken sie über das Erwachsenenalter?

Christina: Ich hab so ein Gefühl, wenn wir es bis dahin geschafft haben, dass ich dann auch ein bisschen durch Netzwerke aus dieser Verantwortung rausgenommen bin und anders damit umgehen kann. Im Moment ist diese Verantwortung einfach nur sehr groß.

Interviewerin: Was wäre denn ihre größte Hoffnung?

Christina: Es wechselt, aber eine gewisse Selbsttätigkeit wünsche ich mir für sie. Das sie laufen kann, essen kann und das sie nicht gewindelt werden muss und, dass sie sich ein bisschen mitteilen kann. Ich weiß auch nicht warum ich da im Moment so sehr verunsichert bin.

Bei Christina und Andreana wird deutlich, dass sie sich unterschiedlich mit der Zukunft auseinandersetzen. Christina blickt sorgenvoll und unsicher in die Zukunft und kann sich nur schwer vorstellen, wie sich Maja persönlich entwickeln wird. Andreana kann sich eine viel genauere Vorstellung von Lucas' Persönlichkeit machen. Ihre Sorgen für die Zukunft bezogen sich eher auf ihre eigene Mutterrolle als auf Lucas' Entwicklung. Trotzdem zeigen beide, dass sie größere Schwierigkeiten haben, sich ihr Kind in der Zukunft vorzustellen, als Mütter von gesunden Kindern.

### *Intensität des Involviertseins und des Bezogenseins*

Ein Großteil der Mütter zeigte sich in der Beziehung zu ihrem Kind stark involviert. Deshalb wurden fünf von sechs Interviews auf der Skala mit (3) oder mehr bewertet. Drei von sechs Müttern konnten deutlich darstellen, was die Beziehung zu ihrem Kind für sie bedeutet und welchen Sinn sie in der Betreuung und Versorgung ihrer Kinder sehen. Generell wurde ersichtlich, dass sich der Großteil der Mütter gut auf ihre Kinder einlassen konnte. In nur einem Interview stellt sich dar, dass die Entwicklungs- und Verhaltensprobleme des Kindes die Beziehung dominieren:

Interviewerin: Gab es sonst noch Trennungen von ihrem Kind?

Christina: Nach dem Tod meiner Mutter und der Beerdigung habe ich die Kleine in die Charité gebracht. Von ihrer Behinderung habe ich drei Tage vorher erfahren. Ich hab der Charité gesagt, ich kann nicht mehr ... Insgesamt war sie 10 Tage da.

Interviewerin: Um für sie wahrscheinlich auch Abschied nehmen zu können.

Christina: Ne ach den gab's bis heute nicht so richtig. Ich musste die ganze Zeit weiter funktionieren für Maja, weil sie einfach so wahnsinnig viel gefordert hat. Und ja, das kommt wenn mal die Zeit da ist ... Dann sie war eine Woche in einer Art Pflegefamilie, damit wir die Wohnung von meiner Mutter auflösen konnten. In der Zeit habe ich sie gar nicht gesehen. Sie war soweit ganz gut versorgt. Ich war nicht so glücklich mit der Entscheidung, aber es wäre nicht anders gegangen. Ich hatte einfach den Kopf so voll ... Es war eine Trennung aus der Not, keine gewünschte Trennung ... Ich möchte ja eigentlich das meine Tochter bei mir ist.

„Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

Hier werden die ambivalenten Gefühle von Christina manifest. Einerseits spürt man Wut und Schuldgefühle, die sie auf Maja überträgt, zugleich bedauert sie die Trennung von ihrer Tochter. Andreana hingegen zeigt sich stark in die Beziehung zu Lucas involviert und vermittelt große Freude am Kontakt mit ihm:

Interviewerin: Gab es sonst noch Trennungen von ihrem Kind?

Andreana: Nein. Also nur wenn ich arbeite tagsüber, aber nachtsüber nicht. Momentan ist es nur samstags und da ist er mit Papa zusammen, da glaube ich nicht, dass er mich sehr vermisst. Aber grundsätzlich glaube ich, er hängt sehr an uns und die Bindung ist sehr stark.

Interviewerin: Wie ist das für sie?

Andreana: Ein paar Stunden und so den ganzen Tag, das geht, aber ein paar Tage ganz weg zu sein und ihn am Abend nicht zu sehen, das wäre schon ein Problem... Ich vermisse ihn dann einfach, wenn ich auf der Arbeit bin dann freue ich mich schon nach Hause zu kommen. Es ist nicht so, dass ich eine Auszeit brauche oder so.

### *Kohärenz in der Erzählung, Logik, Fehlen von Ungereimtheiten, Widersprüchen und Ambivalenzen*

Die Hälfte der Interviews zeigte Widersprüchlichkeiten in der Beschreibung des Kindes. Vor allem die Charakterisierung des Kindes und der Beziehung zwischen Mutter und Kind waren nur schwer nachvollziehbar. Für viele Mütter erwies es sich als schwierig und emotional aufwühlend, über die Beziehung zu ihrem Kind zu sprechen und sich im Interview zu öffnen. Bei drei von sechs Interviews zeigten sich hingegen weniger Widersprüchlichkeiten in der Darstellung. Es konnte festgestellt werden, dass weder die Beschreibung der Beziehung noch die Darstellung der Persönlichkeit des Kindes problematisch für die Mütter waren. Sie nahmen ihr Kind mit allen Schwierigkeiten an und vermittelten ein klares Bild von der Beziehung. Andreana gehörte zur letzten Gruppe:

Interviewerin: Gibt es etwas, was sie als Einzigartig an ihrem Kind betrachten?

Andreana: Ich glaube er hat sehr viel Lebensenergie, obwohl er sehr beschränkt ist in seinen Möglichkeiten, zeigt er das nicht so viel ... Und ich denke das er so ein Charisma hat. Wir treffen häufig Menschen auf der Straße, die ihn einfach anstrahlen.

„Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

Die Darstellung ihres Sohnes wird in dieser Frage offenkundig und ermöglicht, einen Zugang zu der Persönlichkeit von Lucas zu gewinnen. Andreana betrachtet Lucas als vollständige Person und kann damit auch seine Besonderheit darstellen und beschreiben, ohne sich von seinem gesundheitlichen Zustand und seiner Behinderung einnehmen zu lassen. Christina hingegen fand keinen Zugang zu Majas Persönlichkeit:

Interviewerin: Gibt es etwas, was sie als Einzigartig an ihrem Kind betrachten?

Christina: Ja sie ist schon Einzigartig ... Manchmal denke ich, so wie das alles gekommen ist, ist das die logische Fortführung. In der Kur dachte ich, ich bekomme ein ganz einfaches Kind als Ausgleich ... Dem war nicht so ... Irgendeinen Sinn hat das alles schon. Manchmal denke ich zwar ich werde schon auf eine harte Probe gestellt wie belastbar ich bin.

Christina vermittelt der Interviewerin kein klares Bild von Maja. Es wird nicht offenbar, ob sie die Persönlichkeit ihres Kindes als einzigartig wahrnimmt, beziehungsweise vermittelt sie den Eindruck, ihr seien Majas persönliche Eigenschaften aufgrund ihrer Behinderung nicht bewusst. Christina bezieht sich verstärkt auf ihre eigene Lage und betont die Schwierigkeiten, die sie mit Maja erlebt.

Andreana kann eine Verbindung zwischen ihrem Sohn und anderen Familienmitgliedern herstellen. Sie weiß, dass sich Lucas von „normalen“ Kindern unterscheidet, stellt dies aber nicht in den Vordergrund und findet Gemeinsamkeiten zwischen ihr selbst, ihrem Ehemann und Lucas. Sie vermittelt der Interviewerin, dass sie ein klares Bild von Lucas und ihrer Verbindung zu ihm hat:

Interviewerin: An wen erinnert sie ihr Kind momentan am Meisten?

Andreana: Er kommt sehr nach meinem Schwager. Der kann auch in manchen Momenten sehr stur sein und in anderen sehr herzlich und achtet auf die anderen, wie es ihnen geht.

Interviewerin: Gibt es Ähnlichkeiten mit ihnen/ihrem Mann?

Andreana: Ja schon ... Ich glaube er kann so wie ich sehr geduldig und zufrieden sein. Und vom Papa ... Ja er mag kuscheln genauso wie er, dass ihn die Leute lieben und das man ihn immer in den Arm nimmt.

Christina betrachtet ihr Kind mit großer emotionaler Distanz. Sie vermittelt den Eindruck, sich Maja in keiner Weise verbunden oder ähnlich zu fühlen. Beim Auffinden von Ähnlichkeiten zwischen ihr und Maja stellt die Behinderung ein großes Hindernis

„Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

dar. Dieser Aspekt ist auch ausschlaggebend für die Bewertung ihrer amivalenten Beziehung:

Interviewerin: An wen erinnert sie ihr Kind momentan am meisten?

Christina: Im Moment erinnert sich mich in ihrem ganzen Spielverhalten an Hundebabys. Zum Einen das tapsige, aber auch so die Art wie sie die Welt erkundet. Nicht hören sag ich mal, wie bei Hunden wenn sie im Spieltrieb sind ... Ich sehe nicht viele optische Ähnlichkeiten zwischen uns. Sie hat eher ein eigenes Aussehen, das ist mir sehr früh aufgefallen.

Interviewerin: Sehen sie denn eine persönliche Ähnlichkeit?

Christina: Kann ich jetzt so nicht sagen ... Ich seh sie manchmal mit anderen Augen, es ist nicht ganz unvoreingenommen. Ich weiß, dass sie anders ist, deswegen fällt es mir schwer einen Bezug herzustellen.

### *Kindliche Schwierigkeiten*

In einem Großteil der Interviews wurden die Ess- und Fütterungsstörungen und die weiteren Schwierigkeiten der Kinder zwar erörtert, jedoch vermittelte sich das Gefühl, dass die Probleme mit der Betreuung des Kindes akzeptiert und dem Kind nicht zum Vorwurf gemacht wurden. Nur in zwei von sechs Interviews wurde deutlich, dass die Probleme des Kindes die Beziehung maßgeblich beeinflusste. In diesen Fällen wurde die Kategorie mit (4) und (5) bewertet. Von Christina wurde sogar das Kind selbst als Last dargestellt:

Interviewerin: Wie waren die ersten Wochen zu Hause?

Christina: Es ging los mit extremer Unruhe. Die Zeit war furchtbar. Das erste  $\frac{3}{4}$  Jahr war die Hölle. Sie hat nur gekreischt, also so richtig gekreischt, und sie hat halt auch nicht auf mich reagiert, sie hat mich nicht angeguckt und das ein  $\frac{3}{4}$  Jahr lang nicht ... Ich hab mich sehr auswechselbar gefühlt. Das vorherrschende Gefühl war, dass es egal ist wer dieses Kind betreut, weil sie auf mich als Mutter überhaupt nicht reagiert hat. Ich konnt sie nicht Händeln die Kleine ... Nach drei langen Monaten sagte der Kinderarzt endlich auch, dass etwas nicht stimmt und ich mich darauf einstellen sollte, das mein Kind wahrscheinlich keine Abitur machen würde. Da wusste ich, gut du hast ein behindertes Kind ... Meiner Mutter ging's parallel immer schlechter. Sie lag auf der Palliativstation 600 Kilometer entfernt. Meine Schwester sagte mir, ihr müsst jetzt losfahren, aber ich konnte nicht so einfach mit Maja losfahren. Die Ernährung war schon immer schwierig ... Wir sind los bei absolutem Wintereinbruch mit 30 über die Autobahn. Wir

„Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

haben es dann auch nicht geschafft, sie ist auf der Fahrt gestorben ... (räuspert sich) Das war alles nicht so schön.

Für Christina sind die Schwierigkeiten mit Maja Kernaspekt des Interviews. Vor allem die Anfangszeit mit Maja wird von ihr sehr belastend und verunsichernd dargestellt. Majas Anwesenheit löste keine Freude bei Christina aus. Hier spiegelt sich erneut die belastende und ambivalente Beziehung zwischen den beiden wieder. Andreana hingegen vermittelte trotz der Schwierigkeiten den Eindruck, dass Lucas' Probleme nicht vorherrschend für sie waren. Sie macht ihn nicht verantwortlich für ihre schwere Anfangsphase, sondern passt sich seinen Bedürfnissen an und bezieht sich damit positiv auf ihr Kind. Sie vermittelte eine liebevolle Beziehung und zeigte große Aufmerksamkeit gegenüber ihrem Kind. Dieser Aspekt begründet die Bewertung als ausgewogene Beziehung:

Interviewerin: Wie waren die ersten Wochen zu Hause?

Andreana: Er war sehr ruhig zu Hause. Er war ein ruhiges Baby, ganz lieb ... Das Einzige was uns in der Nacht aufgeweckt hat war sein Monitor weil er immer Sauerstoffabfälle gehabt hat.

Interviewerin: Wie war es zu dritt zu Hause zu sein?

Andreana: Wir konnten das jetzt nicht so genießen wie normale Eltern am Anfang ... Wir konnten das Haus nicht zu lange verlassen wegen dem Sauerstoff, aber wir haben zu Hause mit ihm gespielt und gekuschelt.

### *Sensibilität und Aufmerksamkeit des Elternteils für das Kind*

In den meisten Interviews wurde deutlich, dass die Mütter durchweg positiv und aufmerksam auf das Kind und seine Bedürfnisse reagierten. Bei vier von sechs Interviews wurde erkennbar, dass das Kind als eigenständige Person geschätzt und damit auch seine Bedürfnisse und Eigenheiten aufmerksam beachtet wurden. Nur Christina hatte das Gefühl, die Bedürfnisse ihres Kindes konkurrierten mit ihren eigenen. Es wurde ersichtlich, dass die Mutter weniger in der Lage war einfühlsam auf ihr Kind zu reagieren. In diesem Fall wurde die Kategorie mit (2) bewertet:

Interviewerin: Was passiert, wenn es ihrem Kind körperlich schlecht geht?

Christina: Wenn's ihr schlecht geht komme ich mit Körperkontakt auch nicht so wirklich weiter. Es ist manchmal sehr unangenehm wenn sie schreit und schreit und schreit. Da muss man dann

„Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

einfach durch. Es kann teilweise wirklich lange dauern... Ich merke halt jetzt, dass ich Probleme habe mich in Maja hineinzusetzen ... Man möchte als Mutter halt auch irgendwann mal eine Interaktion. Den Gedanken, dass ich sie nur versorge finde ich schwierig auf lange Sicht.

Christina selbst ist sich bewusst, dass sie Majas Bedürfnisse nicht immer angemessen und adäquat wahrnimmt und erfüllt. Vielmehr wird deutlich, dass sie aus Verzweiflung häufig resigniert. Oft vermittelte sie, dass sie Maja die Schuld an ihrer distanzierten Beziehung gibt. Andreana hingegen hat eine sehr starke Beziehung zu ihrem Sohn und erweist sich als sehr sensibel im Hinblick auf Lucas Gefühle und Bedürfnisse. Außerdem ist sie sich bewusst, dass sie sich mit ihrem eigenen Gefühlen auseinandersetzen muss, um angemessen auf Lucas eingehen zu können. Durch ihre aufmerksame Art bietet sie Lucas eine ausgewogene Beziehung und erweist sich als feinfühlig Mutter:

Interviewerin: Gibt es Momente in denen ihr Kind traurig ist?

Andreana: Letztens war er sehr traurig, als er Kinder auf der Rutsche gesehen hat. Er wollte auch rutschen, aber ich musste nein sagen.

Interviewerin: Wie war das für sie?

Andreana: Das ist schon so ein Moment wo man sagt, ja sowas werden wir noch häufiger haben ... Man ist dann auch selber traurig. Man kann versuchen es ihm zu erklären, aber er ist noch zu klein, dann weiß man, dass man nicht alles mit dem Kind machen kann wie andere Eltern ... Er muss immer warten, dass ihm jemand hilft, diese Momente sind für ihn frustrierend.

Interviewerin: Wie ist das für sie?

Andreana: Auch frustrierend. Irgendwie muss man lernen wie man damit umgeht ... Die ersten paar male tun irgendwie weh wenn die Kinder etwas nicht können, aber irgendwann wird es normal ... Irgendwann akzeptiert man es dann.

### *Akzeptanz des Kindes durch den Elternteil*

Bei fünf von sechs Interviews spürte man eine große Akzeptanz gegenüber dem Kind und die mit der Betreuung verbundenen Herausforderungen. Zwar gaben die Mütter an, dass die Betreuung ihres Kindes nicht einfach sei, sie vermittelten aber eher selten das Gefühl, bei der Erziehung und Betreuung ihres Kindes keine Freude zu verspüren. Nur

„Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

Christina beschrieb durchweg wenig Freude an der Betreuung ihres Kindes und zeigte sich oftmals sehr abweisend und emotionslos:

Interviewerin: Der erste Kontakt, wie war der?

Christina: In Form eines Fotos. Ich bin grad aus der Narkose aufgewacht.... Auf der Intensivstation war dann der erste richtige Kontakt.

Interviewerin: Und wie war der?

Christina: Naja schon ein bisschen absurd. Das ist jetzt mein Kind, okay. Sie war klein und sah unreif aus ... Irritierend. Es ist auch irritierend, dass man nicht mitbekommen hat, wie das Kind aus einem rausgenommen wurde. Ich hatte das Gefühl ich habe sie bestellt und dann war sie da und wurde geliefert ... Sie war halt schon von Anfang an energisch und unruhig und sah halt noch so unreif aus ... Es ist nicht so, dass ich gedacht habe, ohje wie siehst du denn aus ... Ich fand auch damals, dass sie irgendwo reifer wirkte, obwohl sie es gar nicht war.

Schon zu Anfang des Interviews wird deutlich, dass es für Christina nicht einfach ist Maja, so zu akzeptieren, wie sie ist. Schon kurz nach der Geburt entwickelte sie ambivalente und unsichere Gefühle dem Säugling gegenüber. Andreana jedoch vermittelt sehr deutlich, dass sie Lucas akzeptiert. Sie betont, dass sie ihr Kind bedingungslos liebt. Sie ist sich bewusst, dass ihre positiven Gefühle gut für Lucas sind. Sie hat von Anfang an eine sehr starke Bindung zu ihm aufgebaut und hat keinerlei negative oder abweisende Gefühle ihm gegenüber:

Interviewerin: Der erste Kontakt, wie war der?

Andreana: Ich war sehr froh, dass er am Leben ist und dass ich ihn sehen kann ... Und natürlich habe ich dann sorgen gehabt, was das ist was er hat. Jeden Tag kommen sie mit neuen Diagnosen und Sachen ... Es ist für die Mutter so, dass wenn man ein Kind mit zwei Köpfen bekommt, es ist dein Kind und man sieht es nicht so wie die anderen Leute ... Es ist nicht so, dass er normal ausgesehen hat. Ich hab schon gemerkt, dass sein Kopfumfang größer gewesen ist, aber es war mir egal. Ich hatte keine Abwehr gegen Lucas ... Wir haben ihn beide von Anfang an so akzeptiert. Bei uns war es wichtig, dass wir zu ihm stehen und wir ihm so weit helfen wie wir können und er unsere Liebe spürt.

### *Ängste, Sicherheitsängste und Sorgen des Elternteils um das Kind*

Ängste und Sorgen um das Kind waren in jedem Interview Bestandteil der Erzählungen. Dies wurde insbesondere bei der Erinnerung an die Geburt und die ersten Lebensmonate

ersichtlich. Gerade diese Phasen erlebten alle Mütter als schwierig und belastend, sie wurden mit schlimmen Diagnosen konfrontiert und hatten Sorgen um das Leben ihres Kindes. Im weiteren Verlauf wurde bei vier Interviews ersichtlich, dass Sorgen und Ängste zwar weiterhin vorhanden, aber nicht Bestandteile der aktuellen Beziehungen waren und damit nicht das Verhalten der Mutter auf ihr Kind negativ beeinflussen. In zwei von sechs Interviews spiegelten sich jedoch sehr starke Sorgen und Ängste wieder, die zum Teil unbegründet und irrational waren. Die Interviewerin spürte in diesen Gesprächen, dass die Sorge der Mütter dazu führte, dass sie ihr Kind stark in ihrer Entwicklung einschränkten:

Interviewerin: Wie waren die ersten Entwicklungsschritte im ersten Lebensjahr?

Christina: Es gab gar keine. Es ist einfach nichts passiert ... Man gab mir die Rückmeldung, ich solle nicht so ungeduldig sein. Alle fünf Wochen passiert ja normalerweise was, aber bei ihr ist nichts passiert ... Okay und dann wusste ich du hast ein behindertes Kind. Teilweise ist wirklich die Panik mit mir durch, ich dachte auch es ist wirklich am besten wir fahren beide zusammen gegen den Baum ... Ich hatte ein Bild im Kopf, dass ich 24 Stunden neben einem immobilen Kind sitze. Ich hatte absolut keine Ahnung was es zu bedeuten hatte ein behindertes Kind zu haben.

Christina veranschaulicht mit dieser Antwort, dass sie sich der Aufgabe, ein behindertes Kind zu betreuen, nicht gewachsen fühlt und offenbart Angst, sich dieser Situation zu stellen. Ihr fällt es schwer, die Behinderung ihres Kindes zu akzeptieren, anders als es bei Andreana der Fall ist:

Interviewerin: Was besorgt sie am Meisten, was war das Schwierigste seitdem ihr Kind auf der Welt ist?

Andreana: Natürlich das er stirbt. Oder das wir nicht genug Zeit haben zu handeln und zu helfen wo wir diese Krisensituation hatten ... Zum Beispiel die erste Lungenentzündung war heftig. Die Ärzte haben uns gesagt, er wird es nicht schaffen ... Da denkt man dann, oh Gott gib uns noch ein bisschen Zeit, dass es ihm besser geht.

Interviewerin: Wie ist es heute, wenn sie daran zurückdenken?

Andreana: Man vermeidet viel darüber nachzudenken, weil man nicht wieder in dieser Lage sein will ... Die Angst, dass man wieder in so einen Zustand kommt ist sehr groß. Wir werden nicht mehr darüber nachdenken was war, sondern was momentan passiert und was auf uns zukommt.

Andreana ist sehr besorgt und ängstlich um die Gesundheit ihres Kindes. Sie musste sich schon sehr früh mit einem möglichen Tod von Lucas auseinandersetzen, was sie

„Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

sehr geprägt und traumatisiert hat. Trotzdem bekommt man das Gefühl, dass sie versucht diese Ängste auszublenden, damit sie sich nicht negativ auf ihre Beziehung zu Lucas auswirken können. Andreana erweist sich damit abermals als sehr einfühlsam und aufmerksam.

### *Affektive Stimmung*

Alle Mütter erläuterten im Verlauf des Interviews Sorgen um die Gesundheit des Kindes, die in enger Verbindung mit der frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörung und den medizinischen Problemen in den ersten Lebensmonaten standen. Der Großteil der Mütter teilte positive Gefühle in der Beziehung zu ihrem Kind mit. In zwei von sechs Fällen berichteten die Mütter sogar, dass sich durch die Behinderung ihrer Kinder eine stärkere und besondere Beziehung entwickelt habe. Bei Müttern, die einen durchschnittlich hohen Wert auf der Skala „Freude“ erreichten, wurde auch gleichzeitig ein hoher Wert „Stolz“ markiert. Das Interview mit Christina war von negativen Gefühlen geprägt. Sie zeigte wenig Freude bei der Darstellung ihrer Beziehung zu Maja:

Interviewerin: Wird ihr Kind häufig misslaunig?

Christina: Ja. Ich weiß noch, dass ich in der ersten Zeit sogar bei Google eingegeben habe *mein Kind ist zornig*.

Interviewerin: Wie war die Situation für sie?

Christina: Die Hölle. Ich habe immer gesagt, wenn das normal ist, dann gibt's die Menschheit nicht mehr. Da bin ich auch glaube ich noch ganz schön traumatisiert von der Zeit ... Man kann nichts tun ... Man fühlt sich natürlich auch wie ein Versager, eine versagende Mutter. Ich musste bei Maja extrem in Vorleistung gehen. Das Kind strahlt mich inzwischen zwar schon mal an, aber es war mehr wie ein Tamagotchi, was schwer programmiert war, was meine Belastbarkeit austesten wollte ... Ich hab schon teilweise gedacht, bald ist es soweit und ich gehe in die Knie. Mein Kind war rundum unzufrieden, oder sie hatte Schmerzen. Das war extrem.

Andreana hat eine enge emotionale Bindung zu ihrem Sohn Lucas. Sie beschreibt viel Freude an der Beziehung zu ihm:

Interviewerin: Was erfreut sie am allermeisten an der Beziehung zu ihrem Kind?

## „Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

Andreana: Ich bin froh, dass wir diesen Körperkontakt haben und er genau zeigt, was er will. Wir haben immer versucht, dass wir einen guten Kontakt zu ihm haben... Wenn wir zum Beispiel traurig sind dann merkt er das auch... Und ich weiß, dass er sich mit der Zeit besser entwickelt. Ich wünsche mir, dass er älter wird, damit er sich weiterentwickeln kann.

### *Ausgewogene/balancierte Beziehung*

Vier von sechs Interviews, darunter auch das Interview von Andreana, wurden letztendlich als ausgewogen und balanciert beurteilt. Die Mütter beschrieben sich als sehr sensibel im Umgang mit ihrem Kind. Alle erreichten einen hohen Wert auf den Skalen „Akzeptanz des Kindes“, „Sensibilität“ und „Involvierung“. Sie äußerten hauptsächlich positive Gefühle und konnten die Beziehung zu ihrem Kind prägnant beschreiben. Die Darstellung der Mütter erlaubte es der Interviewerin, sich eine klare Vorstellung von der Beziehung zwischen Mutter und Kind sowie der Persönlichkeit des Kindes zu machen.

### *Entfremdete/entkoppelte Beziehung*

Die Beziehung zwischen Christina und Maja wurde als entfremdete Beziehung bewertet. Christina zeigte im Verlauf des Interviews oft Abneigung und ambivalente Gefühle gegenüber ihrem Kind. Kernthema des Interviews waren Probleme mit der Erziehung und Betreuung von Maja. In diesem Zusammenhang wurden die „kindlichen Schwierigkeiten“ sehr hoch bewertet. Sie erreichte nur einen geringen Wert auf den Skalen „Intensität“, „Kohärenz“ und „Flexibilität“. Christina äußerte zum Teil negative Gefühle wie Wut, Enttäuschung und Gleichgültigkeit. Diese standen vor allem im Zusammenhang mit den deutlichen Schwierigkeiten von Maja, die Christina zum Teil auch Angst machten. Nur selten vermittelte sie durch ihre Erzählungen Freude, ihre Beziehung zu Maja beschrieb Christina selbst als ambivalent.

### *Verkehrte/unsichere Beziehung*

In einem von sechs Interviews wurde die Beziehung zwischen Mutter und Kind als verkehrt und unsicher bewertet. Die Erzählungen der Mutter waren zum Teil bizarr. Der

„Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

Mutter war ihre Unsicherheit anzumerken. Die dargestellte Beziehung zwischen Mutter und Kind war für die Interviewerin nur schwer nachvollziehbar. Bei den Skalen „Flexibilität“ und „Kohärenz“ wurde deshalb ein niedriger Wert vergeben. Des Weiteren äußerte die Mutter starke, irrationale Ängste um das Leben ihres Kindes, für die es zum Zeitpunkt des Interviews keine ersichtlichen Gründe gab. Auf der Skala „Sicherheitsängste“ wurde deswegen ein sehr hoher Wert angegeben. Außerdem war die Mutter von starken Schuldgefühlen geprägt und hatte die Befürchtung, ihrem Kind nicht gerecht werden zu können. Diese Ängste waren jedoch von außen betrachtet unbegründet, da sich die Mutter sogar überbehütend ihrem Kind gegenüber verhielt. Eigene Entscheidungen traf die Mutter selten, stattdessen folgte sie den Wünschen und Bedürfnissen des Kindes. Insgesamt zeigte sich die Mutter als unreflektiert, ängstlich und unsicher in der Beziehung zu ihrem Kind.

Die Interviewtechnik nach Charles Zeanah erlaubte, die Beziehung zwischen Mutter und Kind gut zu charakterisieren. Die Qualität der Beziehung spiegelte sich auch in der Ess- und Fütterungssituation wieder. Christina zeigte sich beim Füttern ihres Kindes als ungeduldig und emotionslos. Andreana hingegen hatte Schwierigkeiten, das Essen in Lucas' Zuständigkeitsbereich zu geben und erwies sich wie auch sonst eher überbehütend. Die Bewertung der Beziehung mit Hilfe des WMCI ermöglicht Rückschlüsse auf die allgemeinen Interaktionsstrukturen, die einer Ess- und Fütterungsstörung zugrunde liegen und hilft der therapeutischen Arbeit.

Um zu untersuchen, ob die Genogrammarbeit zusätzliche Informationen hierzu liefern kann und/oder als Kontrollprobe für die Interviewbewertung verwendet werden kann, werden im Folgenden die Genogramme von Christina/Maja und Andreana/Lucas vorgestellt.

## Systemische Genogrammarbeit

Besonders in der therapeutischen Arbeit mit Eltern von ess- und füttergestörten Säuglingen und Kleinkindern kann die systemische Betrachtung der Familie ein hilfreiches Mittel sein, um diagnostische Erkenntnisse zu gewinnen. Wie aus den vorangegangenen Kapiteln ersichtlich wurde, entwickelt sich eine frühkindliche Ess- und Fütterungsstörung in einem komplexen Zusammenspiel von somatischen, psychosozialen und interaktionellen Faktoren (siehe dazu Kapitel 2.3.). Gerade die Begutachtung des Beziehungskontextes ist bei dieser Störung unabdingbar.

Im vorliegenden Kapitel werden daher systemische Aspekte anhand von Genogrammen dargestellt und interpretiert. Diese wurden sowohl mit Andreana, Mutter von Lucas, als auch mit Christina, Majas Mutter, erarbeitet. Das Genogramm soll genutzt werden, um die Bewertung der Interviews durch Merkmale des Familiensystems zu stützen.

### 8.1. Anwendungsbereich

Genogramme vermitteln Informationen über Mitglieder einer Familie und ihre Beziehungen zueinander über mindestens drei Generationen. Alle notwendigen Informationen werden graphisch dargestellt und ermöglichen damit einen raschen Überblick über komplexe Familienstrukturen. Dies bietet die Möglichkeit der Hypothesenbildung über klinische Probleme, die sich im familiären Kontext entwickelt haben und/oder aufrecht erhalten bleiben. Nutzt man Genogramme für den klinischen Bericht, bietet man allen am therapeutischen Prozess Beteiligten die Möglichkeit, rasch eine Vielfalt an Informationen über eine bestimmte Familie zu erfassen und ziel- und ressourcenorientiert zu arbeiten (vgl. McGoldrick 2009, 13 ff.). Gerade im Hinblick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit vieler Berufsgruppen erweist sich diese Methode bei frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörungen als hilfreich. Annähernd alle Aspekte des Lebens können mit Hilfe von Genogrammen symbolisch dargestellt werden. Insbesondere lassen sich Beziehungsstrukturen zwischen einzelnen Personen abbilden, so dass familiäre Muster und Konflikte aufgedeckt und im weiterführenden therapeutischen Prozess bearbeitet werden können (vgl. ebd. 17).

## Systemische Genogrammarbeit

Das körperliche, soziale und emotionale Wohlbefinden eines Familienmitglieds steht in einer tief greifenden wechselseitigen Abhängigkeit vom Familiensystem. [...] Zudem sind interfamiliäre Interaktionen und Beziehungen von Mustern geprägt, die dazu neigen, sich zu wiederholen. (McGoldrick 2009, 25)

Ein Genogramm sollte in erste Linie der Interpretation dienen und damit den therapeutischen Auftrag vereinfachen. Folgende Fragen sollen anhand der Genogramme von Christina/Maja und Andreana/Lucas beleuchtet werden:

- *Gibt es bestehende Muster, die sich generationenübergreifend in der Familienstruktur widerspiegeln?*

Sich wiederholende Muster in Familiensystemen entstehen durch verinnerlichte Familienerfahrungen. Diese Familienerfahrungen werden durch familiäre Repräsentanzen gebildet und in die eigene innerpsychische Struktur aufgenommen. Muster innerhalb eines Familiensystems können funktional aber auch dysfunktional sein. Zum Beispiel können Scheidungen, Krankheiten, ein hoher Bildungsgrad oder beruflicher Erfolg als familiäres Muster sichtbar werden.

- *Ist die Familie derzeit von aktuellen oder vergangenen Krisen belastet?*

Krisensituationen können die Familienstruktur in ein Ungleichgewicht bringen und haben damit eine negative Auswirkung auf einzelne Beziehungen. Wichtig ist, zwischen kurzfristigen und längerfristigen Krisen zu unterscheiden. Bei kurzfristigen Krisen sind häufig kleine Interventionen oder neue Blickwinkel auf die Situation ausreichend, um die Familie zu entlasten. Längerfristige Krisen, wie schwere Erkrankungen oder der Tod eines Familienmitgliedes, haben große Auswirkungen auf das Familiensystem und machen in den meisten Fällen eine komplette Neustrukturierung des Systems erforderlich.

- *Wie stellt sich die dyadische Beziehung dar? (Mutter-Kind)*

Die dyadische Beziehung zwischen Mutter und Kind spielt eine große Rolle in der systemischen Arbeit.

Eine gelungene Individuation setzt voraus, dass es ein Gleichgewicht gibt zwischen Trennen und Binden, zwischen Aushandeln eigenständiger Standorte, Respektieren der Eigenständigkeit im Fühlen, Denken und Erleben und in der Auseinandersetzung von Abweichung und Gleichheit. (Joraschky u. Retzlaff 2008, 345)

Weitere Bezugspersonen (im Normalfall der Vater) erfüllen die Funktion, die anfangs symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind zu lösen.

- *Welche Aussage kann über die triadische Beziehung getroffen werden? (Vater-Mutter-Kind Beziehung)*

Für die Entwicklung des Kindes ist die Beziehung zur Mutter und zum Vater gleichermaßen von Bedeutung. Durch die Etablierung eines Beziehungsdreiecks zwischen Kind, Mutter und Vater in der frühen Kindheit wird dem Kind eine Loslösung aus der engen Beziehung zur Mutter erleichtert. (Frevert, Cierpka u. Joraschky 2008, 183)

Durch die emotionale Präsenz des Vaters trägt er zur Differenzierung der inneren Welt des Kindes bei. Die Loslösung aus der symbiotischen Beziehung wird erschwert, wenn der Vater die Beziehung zu seinem Kind verweigert oder er von Seiten der Mutter gehindert wird, eine Beziehung zu seinem Kind einzugehen (vgl. ebd. 183). Ist keine Vaterfigur vorhanden, kann dies ein Risiko darstellen. Vor allem in belastenden und alleinerziehenden Familien werden oft Aufgaben auf das Kind übertragen, die der Kinderrolle unangemessen sind. Dies kann der individuellen Entwicklung des Kindes schaden und es überfordern. In solch einem Fall spricht man von Parentifizierung (vgl. Joraschky u. Retzlaff 2008, 348 f.).

- *Wie ist die Paarebene einzuschätzen?*

Die Paarebene wird in der vorliegenden Arbeit vor allem als Voraussetzung für die Entstehung der Elternebene betrachtet. Eine gute Paarebene, auf der ein liebevoller und respektvoller Umgang gepflegt wird, kann sich positiv auf die Elternebene auswirken. Gibt es Konflikte in der Beziehung, übertragen sich diese in den meisten Fällen auch auf die Elternebene. Wichtig ist, dass die Eltern als Paar zusammenhalten und Generationsgrenzen gegenüber ihrem Kind bewahren. Dies trägt zum Erhalt der partnerschaftlichen Zufriedenheit bei. Außerdem sollte zwischen den Partnern eine für beide zufriedenstellende Balance zwischen Eltern- und Paarfunktion bestehen (vgl. Frevert, Cierpka u. Joraschky 2008, 184 f.).

- *Wie gestaltet sich die Elternebene? Gibt es eine klare Rollenverteilung?*

In der Vater-Mutter-Kind Beziehung geht es um die Erweiterung einer dyadischen Beziehung zu einer Dreiergemeinschaft, in der die gemeinsame Aufgabe des Versorgens und Beschützens bewältigt wird (vgl. ebd. 2008, 180). Eine klare und

ausgewogene Rollenverteilung kann im familiären Alltag Sicherheit und Struktur schaffen. Unklare Rollenverteilungen hingegen können zu Konflikten und Unsicherheiten innerhalb der Familienbeziehungen führen. Bei Scheidungen und Trennungen sollte vor allem beleuchtet werden, ob es eine bestehende Elternebene gibt oder ob sich ein Elternteil vollständig aus der Verantwortung seiner Elternschaft gezogen hat.

- *Auf welche Ressourcen kann die Familie zurückgreifen? (familiär, persönlich, außerfamiliär)*

Das Erfassen von Ressourcen spielt eine große Rolle in der Genogrammarbeit. Je mehr Ressourcen eine Familie hat, umso besser kann sie ihr inneres Gleichgewicht wiederherstellen/aufrechterhalten. Ressourcen können auf unterschiedlichen Ebenen gefunden werden. Es spielt keine Rolle, wie viele Ressourcen vorhanden sind, es geht vielmehr um ihre Qualität. Es gibt die Möglichkeit, fehlende Ressourcen in einem Bereich (zum Beispiel Familie) durch einen anderen Bereich (beispielsweise außerfamiliäre Kontakte) zu ersetzen und damit einen grundlegenden Ausgleich zu schaffen.

Die beiden folgenden Genogramme wurden auf der psychosomatischen Station im Rahmen des Sondenentwöhnungsprogrammes der Grazer Universitätsklinik, Kinder- und Jugendheilkunde mit den vorher ausgewählten Müttern erarbeitet. Die symbolische Darstellung der Genogramme wird im Anhang erläutert (Kapitel 11, 113 ff.).

8.2.Falldarstellungen: Lucas P. und Maja A.

Abbildung 3: Genogramm Lukas P.

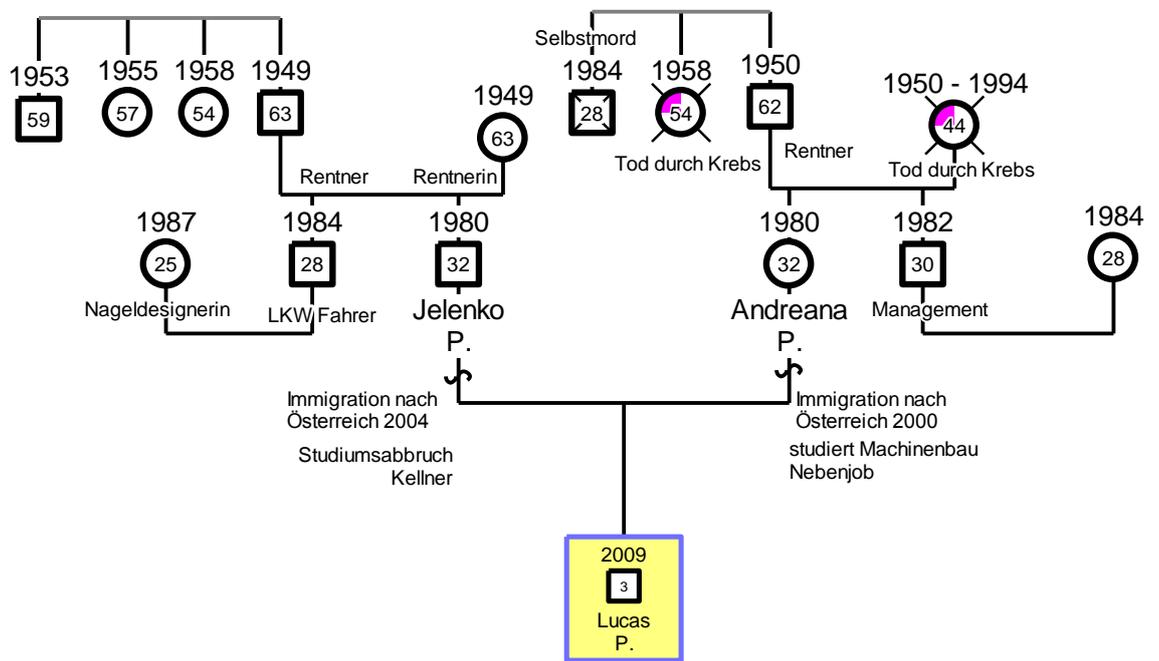
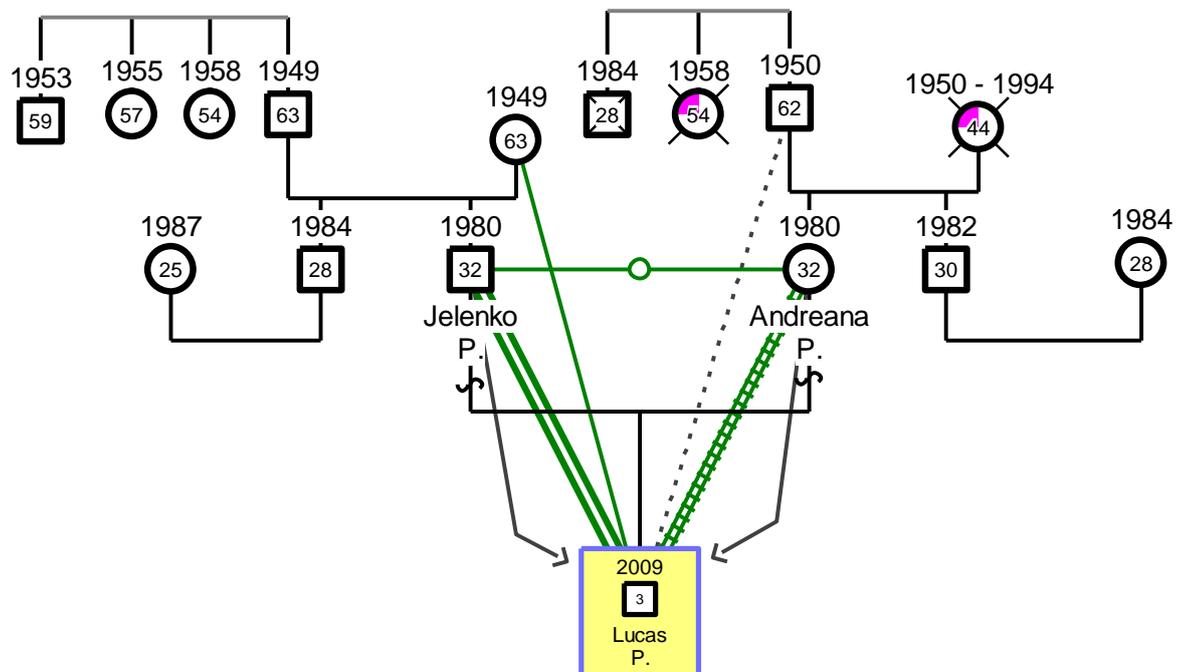


Abbildung 4: Beziehungsstrukturen Lucas P.



*Vorinformationen zur Indexperson*

Lucas P. wurde im Winter 2009 per Kaiserschnitt zur Welt gebracht. Die Kindesmutter Andreana berichtet nicht von einer geplanten Schwangerschaft, da sowohl sie, als auch ihr Mann zum damaligen Zeitpunkt mit einem Studentervisum in Wien lebten. Trotzdem freuten sich beide über die bevorstehende Geburt. Nach dem Kaiserschnitt musste Lucas in ein anderes Krankenhaus verlegt und intensivmedizinisch behandelt werden. Man stellte bei Lucas eine neuromuskuläre Erkrankung fest. Es zeigte sich, dass er sowohl unter einer Skoliose als auch einer Hüftdysplasie leidet. Lucas wurde im ersten Lebensjahr mit einer nasogastral-Sonde ernährt, später setzte man ihm eine perkutan-endoskopische Gastrostomiesonde ein. Im ersten Lebensjahr erlitt Lucas eine schwere Lungenentzündung und drohte zu sterben. Andreana berichtet, dass Lucas nie habe essen wollen. Er zeige eine starke Abneigung gegen alles was sich seinem Mund nähere. Sie beschreibt Lucas, trotz seiner gesundheitlichen Schwierigkeiten, als ein sehr fröhliches und zufriedenes Kind.

*Vorinformationen zur familiären Situation*

Als sie von der Schwangerschaft erfuhren, waren Andreana und Jelenko bereits viele Jahre zusammen und auch schon verheiratet. Jelenko beendete sein Studium, um als Kellner für den Unterhalt seiner Familie zu sorgen, und besucht derzeit zusätzlich eine Abendschule für Technik. Andreana und Jelenko haben die gleiche soziale Herkunft. Sowohl Andreana als auch Jelenko haben einen jüngeren Bruder, der ebenfalls verheiratet ist. Lucas ist das erste Kind in der Generation von Andreana und Jelenko. Sowohl Andreana, als auch Jelenko stammen aus Serbien und sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten zum Studium nach Wien ausgewandert. Ihre Familien leben in ihrem Heimatland. Als Andreana 14 Jahre alt war, verstarb ihre Mutter an Krebs. Nur zwei Jahre später verlor Andreanas Vater zudem seine Schwester an Krebs. Sein Bruder hatte bereits in jungen Jahren Selbstmord begangen.

*Vorinformationen zu (außer-)familiären Ressourcen*

Die Eltern von Lucas erhalten Pflege- und Kindergeld. Lucas besucht eine Physio- und Logotherapie und außerdem eine sogenannte „Feldenkraistherapie“, die eine Form der Körpertherapie darstellt. Jelenkos Mutter besucht die Familie immer wieder für längere Zeiträume und unterstützt sie bei der Betreuung von Lucas. Jelenko sorgt durch seinen Job für die finanzielle Sicherheit seiner Familie.

*Interpretationen zur Herkunftsfamilie*

Alle Generationen des Familiensystems sind verheiratet (siehe „schwarze Linien“ Abb.3). Das Genogramm verdeutlicht, dass die Ehe einen großen funktionalen Stellenwert in diesem System hat. Außerdem bedeutet das Eingehen einer festen Paarbeziehung „den letzten Schritt“ zur Ablösung von den eigenen Eltern, der von allen Kindern des Familiensystems vollzogen worden ist (vgl. Hildenbrand 2005, 75).

Das Genogramm verdeutlicht, dass Andreanas Familie vermehrt von kritischen Lebensereignissen wie der Erkrankung und dem Verlust eines Familienmitgliedes belastet ist. 1984 tötete sich Andreanas Onkel mit 28 Jahren, als sie selbst 4 Jahre alt war. Nur zehn Jahre später starb ihre Mutter im Alter von 44 Jahren an Krebs. Andreana war zu diesem Zeitpunkt 14 Jahre alt, ihr Bruder 12. Nur zwei Jahre später starb Andreanas Tante ebenfalls an Krebs (siehe „pinke Markierung im Symbol“ Abb. 3). Der frühe Verlust von Andreanas Mutter und ihrer Tante hatte zur Folge, dass Andreana vor allem in der Phase ihrer Pubertät weibliche Rollenvorbilder fehlten. Allerdings führte dies bei ihr nicht dazu, dass sie die Mutterrolle ablehnte. Im Gegenteil scheint sie durch den Tod ihrer Familienangehörigen schon früh gelernt zu haben, Verantwortung für Familienmitglieder zu übernehmen. Andreanas Vater musste in kurzer Zeit viele Verluste in seinem familiären Umfeld ertragen. Nur vier Jahre nach dem Tod der Tante entschloss sich Andreana, Serbien zu verlassen (siehe „Wellensymbol“ Abb. 3). Für ihren Vater bedeutete dies einen weiteren Verlust. Andreana hingegen nutzte die Chance, um sich von ihrer Herkunftsfamilie zu lösen und eine eigene Familie zu gründen. Andreana beschreibt die Beziehung zwischen Lucas und ihrem eigenen Vater als distanziert und teilnahmslos (siehe „graue Beziehungslinie“ Abb. 4). Sie berichtet, vor allem zum Zeitpunkt seiner Geburt habe er sich nicht für Lucas interessiert und war

emotional sehr distanziert. Da Andreanas Vater vor allem im ersten kritischen Lebensjahr von Lucas kaum Kontakt zu seiner Tochter aufgenommen hat, um sich über die gesundheitlichen Umstände seines einzigen Enkelkindes zu erkundigen, ist zu vermuten, dass seine Angst vor dem Verlust eines weiteren Familienmitgliedes sehr groß ist. Durch die emotionale Distanz zu Lucas schützt er sich vor einem weiteren traumatischen Schicksalsschlag. Andreana erläutert, dass er heute des Öfteren anruft, aber trotzdem die Beziehung zu Lucas auf Distanz gehalten wird.

Jelenko verließ ein stabiles, nicht durch Todesfälle erschüttertes Familiensystem (siehe Abb. 3). In Jelenkos Familie sind keine kritischen Lebensereignisse erkennbar, die das Familiensystem zu einer Neustrukturierung gezwungen haben. Die Mutter von Jelenko pflegt einen harmonischen Kontakt zu Lucas (siehe „grüne Beziehungslinie“ Abb. 4). Schon während der Schwangerschaft war sie sehr aufmerksam. In der Betreuung und Versorgung von Lucas hilft sie wann immer sie kann und ist ihrem Sohn und ihrer Schwiegertochter damit eine große Unterstützung. Jelenkos Mutter geht ihrer neuen Aufgabe als Großmutter sehr fürsorglich und freudig nach. Die Rolle der fürsorglichen Mutter, die sie bereits für ihre eigenen Kinder übernommen hat, kann die Großmutter ohne Probleme auf ihre Beziehung zu ihrem ersten Enkel übertragen. Die Behinderung stellt für sie keine Barriere dar. Die restliche Familie von Jelenko und Andreana ist weniger daran beteiligt eine Beziehung zu Lucas herzustellen. Der Kontakt wird weder besonders gepflegt noch im Vornhinein abgewendet, weshalb in diesem Zusammenhang keine weiteren Beziehungsstrukturen erläutert werden, die ausschlaggebend für Lucas Entwicklung sind.

Während Andreana in ihrer Herkunftsfamilie gelernt hat, mit Krisen und Verlusten umzugehen, ist Jelenko dank seiner Erfahrungen in einem unerschütterten Familiensystem in der Lage, Stabilität herzustellen und Strukturen aufrecht zu erhalten. Beide Ressourcen können Lucas' Eltern erfolgreich zur Bewältigung aktueller Krisen nutzen.

### *Interpretationen zur Kernfamilie*

Zu Beginn der Schwangerschaft sorgten sich Andreana und Jelenko um ihre finanzielle Sicherheit. Vor dem Hintergrund der stabilen, traditionellen Muster in seiner

Herkunftsfamilie war es für Jelenko selbstverständlich, sein Studium zu beenden, um seine Familie zu versorgen zu können. Der selbstverständliche Rückgriff auf traditionelle Rollenmuster stellt in diesem Zusammenhang eine erfolgreiche Bewältigungsstrategie für die Lösung einer kurzfristigen krisenhaften Situation dar. Durch seine Entscheidung, sein Studium für einen Beruf zu beenden, konnte Jelenko das familiäre Gleichgewicht und vor allem die familiäre Sicherheit wiederherstellen. Die Belastung durch Lucas' Behinderung hingegen stellt eine langfristige Krise dar. Intensive Betreuungs- und Versorgungsmaßnahmen sind notwendig, mit denen sich Eltern eines gesunden Kindes nicht auseinandersetzen müssen. Ein krankes Kind großzuziehen verlangt vom Familiensystem eine Neustrukturierung. Gerade im Hinblick auf die Eltern- und Paarrolle werden hohe Anforderungen gestellt. Es stellt sich heraus, dass Andreana und Jelenko ihre gefestigte Paarbeziehung (siehe „grüne Beziehungslinie“ Abb. 4) als Ressource nutzen können, um gemeinsam die schwere Anfangszeit in Lucas' Leben zu bewältigen. Zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Genogrammes auf der Psychosomatischen Station haben sie längst ihren Alltag auf die Bedürfnisse von Lucas abgestimmt. Damit wird deutlich, dass sie auch langfristig das Gleichgewicht ihres Familiensystems sicherstellen konnten, indem sie sich den neuen Anforderungen und Rollen angepasst haben. Die Familie wird voraussichtlich in Österreich bleiben, an eine Rückkehr nach Serbien ist allein aus Gründen der finanziellen und medizinischen Versorgung von Lucas nicht zu denken.

Auf den ersten Blick zeigt die Darstellung der Beziehungsstrukturen (siehe „vermehrt grüne Beziehungslinien“ Abb. 4), dass Lucas auf stabile Beziehungen zurückgreifen kann und sehr umsorgt und behütet in seiner Kernfamilie aufwächst. Die als positiv zu bewertenden Verbindungen bilden ein perfektes Dreieck, beide Eltern richten ihr Augenmerk auf Lucas (siehe „Pfeilsymbole“ Abb. 4). Die Beziehung zwischen Lucas und seiner Mutter ist symbiotisch und liebevoll (siehe „grüne Beziehungslinie“ Abb. 4). Seit seiner Geburt gab es nie Trennungen von ihr die über ein paar Stunden hinausgingen. In diesem Fall sollte genauer hinterfragt werden, wie Andreana den Tod ihrer Mutter erlebt hat. Es ist möglich, dass Lucas' lebensbedrohliche Situation bei Andreana Erinnerungen an den Tod ihrer Mutter erneut hervorgerufen hat. Durch die enge Bindung an ihren Sohn versucht sie, ihre Verlustängste zu kompensieren. Allerdings verhindert die stabile Triadische Beziehung (siehe „grüne Beziehungslinien“ Abb. 4), dass Andreanas Ängste Lucas in seiner Entwicklung stören. Lucas wächst in

einer stabilen Familienstruktur auf. Das Genogramm (siehe Abb. 3) sowie das Diagramm der Beziehungsstrukturen (siehe Abb. 4) zeigen eine traditionelle Kernfamilie. Lucas Eltern bilden eine Koalition. Sie rücken im Hinblick auf seine Erkrankung zusammen und kooperieren im Bereich der Betreuung und Erziehung. Lucas ist Einzelkind und zudem bedürftiger als ein gesundes Kind. Dies verdichtet die Beziehung im Familiendreieck noch mehr. Wichtig ist an dieser Stelle, dass auch Jelenko eine innige Beziehung zu Lucas hat (siehe „grüne Beziehungslinie“ Abb. 4). Er übernimmt Verantwortung für Lucas und gestaltet die Vaterrolle aktiv aus. Jelenkos Präsenz ist förderlich, um die symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Sohn zu lockern. Andreana und Jelenko stellen sich ergänzende Rollenvorbilder für ihren Sohn dar, was Lucas' Entwicklung in vielerlei Hinsicht positiv unterstützt. Dank der klaren Rollenaufteilung ist Lucas in der Lage einzuschätzen, welche Bedürfnisse von welchem seiner Elternteile adäquat erfüllt werden können (Nach Angaben der Mutter: Kuschn → Andreana, Toben → Jelenko).

Andreana und Jelenko sind schon lange in einer Beziehung und haben eine ausgeglichene und harmonische Paarebene gefunden (siehe „grüne Beziehungslinie“ Abb. 4). Zum Zeitpunkt der Schwangerschaft entschieden sie sich gemeinsam, das Kind zu bekommen. Durch die Geburt des ersten Kindes leidet die Paarebene zuerst. Auch bei Andreana und Jelenko forderte die schwere Anfangsphase mit Lucas viel Kraft und Konzentration, so dass sie ihre Paarbeziehung hinten an stellen mussten. Vor allem im ersten Lebensjahr haben Andreana und Jelenko hauptsächlich über die Elternebene kommuniziert. Im Rückblick lässt sich aber feststellen, dass es Lucas' Eltern gelungen ist, eine zufriedenstellende Balance zwischen Eltern- und Paarebene herzustellen und die Geburt des ersten Kindes als Bereicherung wahrzunehmen. Andreana und Jelenko gehen ihrer Elternrolle gemeinsam nach. Jelenko verdient den Lebensunterhalt für seine Familie, während sich Andreana um die Erziehung und Betreuung ihres Kindes kümmert. Bei der Erarbeitung des Genogrammes stellte sich heraus, dass sowohl Andreana, als auch Jelenko gleichermaßen eine bedeutsame Beziehung zu Lucas aufgebaut haben. Nicht nur durch die klare Rollenverteilung, sondern auch durch die klare Rollenvorbildfunktion für Lucas erlangt die Familie ein Gleichgewicht und eine feste Struktur im Alltag. Die Ausgewogenheit ihrer Elternebene ist zudem förderlich für Lucas Entwicklung und wird von Andreana und Jelenko gleichermaßen gestaltet.

*Resümee*

Das Genogramm vermittelt ein stabiles Familiensystem, welches derzeit keine aktuellen Schwierigkeiten oder Auffälligkeiten zeigt. Lucas und seine Eltern Andreana und Jelenko bilden die Kernfamilie. Sie geben ihm einen sicheren und liebevollen Rahmen in dem er sich bestmöglich entwickeln kann. Die wichtigsten Beziehungsstrukturen zu seinen Eltern sind sehr positiv und stets vorhanden. Andreana und Jelenko haben bewiesen, dass sie Probleme gemeinsam lösen können und in der Lage sind ihr familiäres Gleichgewicht auszubalancieren. Zu berücksichtigen sind die Todesfälle auf Seiten der Familie von Andreana. Die Forscherin kommt zu dem Entschluss, dass die familiären Strukturen in denen Lucas aufwächst förderlich für seine Entwicklung sind.

Abbildung 5: Genogramm Maja A.

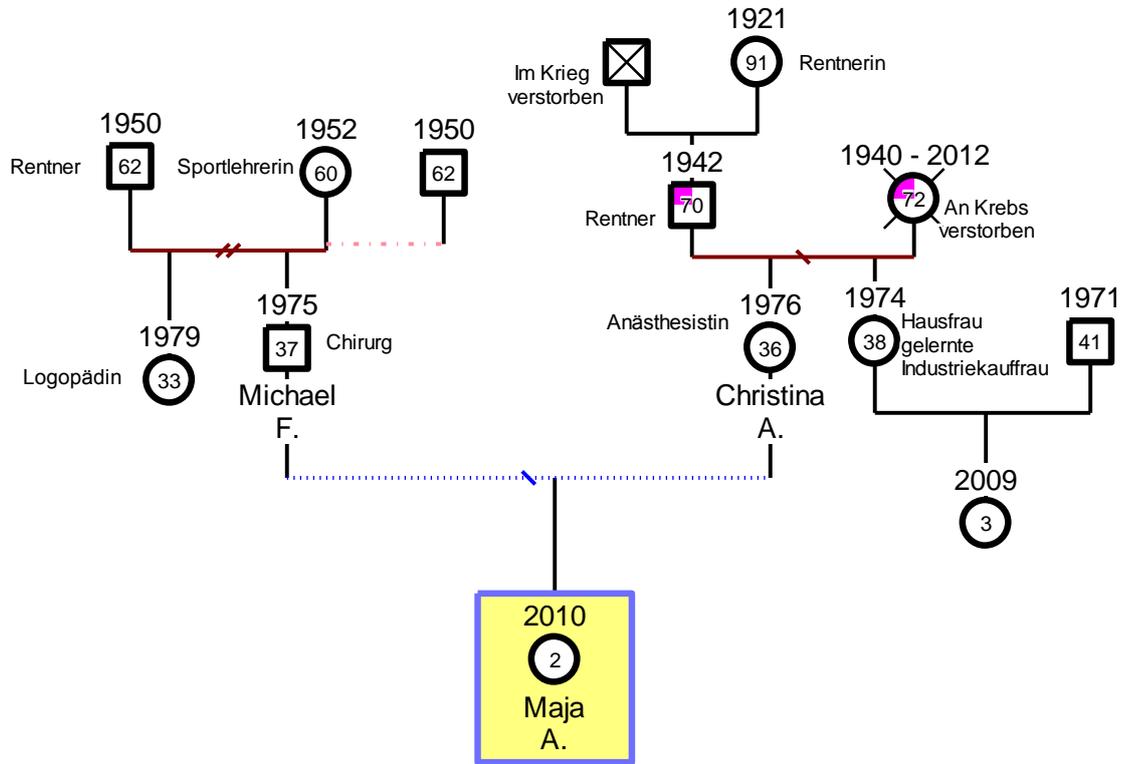
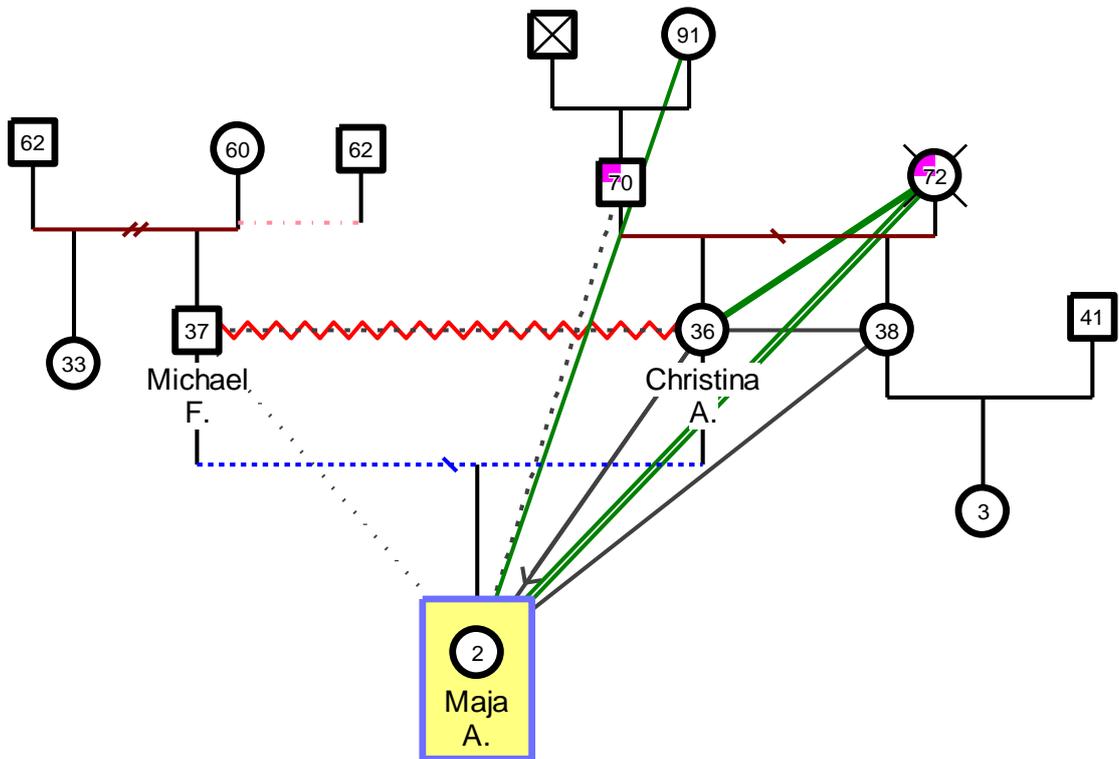


Abbildung 6: Beziehungsstrukturen Maja A.



*Vorinformationen zur Indexperson*

Maja A. wurde im Sommer 2010 per Notsektio aufgrund einer Unterversorgung über die Nabelschnur fünf Wochen vor dem ausgerechneten Zeitpunkt auf die Welt gebracht. Maja war kein Wunschkind, und die Schwangerschaft war durchweg von Krisen und Probleme gekennzeichnet. Schon im Mutterleib stellte man bei Maja eine Retardierung fest. Nach der Geburt stellte sich heraus, dass sie außerdem unter einer Mikrozephalie, einem Nystagmus und einer Balkenhypoplasie leidet. Zu Anfang wurde Maja per Nasogastralsonde ernährt, später wurde ihr eine perkutan-endoskopische Gastrostomiesonde eingesetzt. Majas Mutter Christina erlebte vor allem das erste Jahr mit ihr als die Hölle. Christina beschreibt Maja als unzufriedenes und selten fröhliches Kind.

*Vorinformationen zur familiären Situation*

Christina A. studierte Medizin und arbeitete noch zu Anfang der Schwangerschaft als Anästhesistin. 1998 zog sie nach Berlin, gebürtig kommt sie aus Heilbronn, wo ihr Vater und ihre Schwester heute noch leben. Christinas Eltern haben sich vor längerer Zeit getrennt. Sie beschreibt das Verhältnis zu ihrer Mutter als intensiver als das zu ihrem Vater. Christinas ältere Schwester ist verheiratet und hat eine dreijährige Tochter. Christinas Mutter verstarb ein paar Monate nach Majas Geburt an einem langjährigen Krebsleiden. Ihr Vater ist Rentner und ebenfalls an Krebs erkrankt. Michael F., der Vater von Maja, studierte ebenfalls Medizin und ist als Chirurg tätig. Er hat eine jüngere unverheiratete Schwester. Seine Eltern leben in Scheidung. Christina erzählt, Michaels Mutter habe noch während der Ehe eine Liebesaffäre gehabt. Als sich herausstelle, dass Christina schwanger war, bestand die Beziehung mit Michael noch nicht lange. Für Christina war die Schwangerschaft ein Schock. Durch den Zuspruch von Michael entschied sie sich, das Kind zu bekommen. Drei Wochen später beendete der zukünftige Kindsvater jedoch die Beziehung. In ihrer Verzweiflung ließ sich Christina bezüglich eines Schwangerschaftsabbruchs beraten, entschied sich jedoch letztendlich dagegen. Im Verlauf der Schwangerschaft ging Christina eine Beziehung zu einem langjährigen Freund ein, der sie zunächst unterstützte, die Verbindung dann aber doch wieder löste. Während der restlichen Schwangerschaft fühlte sich Christina einfach nur schrecklich und konnte trotz einer Schwangerschaftskur kein dauerhaftes

positives Gefühl zu ihrem Kind aufbauen. Nach der Geburt setzten sich die Schwierigkeiten mit Maja fort, die auch derzeit noch nicht überwunden scheinen. Christina hat ihre berufliche Tätigkeit derzeit noch nicht wieder aufgenommen.

#### *Vorinformationen zu (außer-)familiären Ressourcen*

Christina bekommt viel Unterstützung von Institutionen. Die zuständige Sozialarbeiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums half ihr, alles Notwendige Majas Versorgung betreffend zu regeln. Maja wird am Vormittag von einer Tagesmutter betreut, damit Christina Entlastung erfährt. Die Eingliederungshilfe bietet zudem einmal in der Woche ihre Hilfe an. Zusätzlich hat Christina für Maja einen Frühförderungsantrag gestellt. Maja besucht etliche Therapien, die für ihre Entwicklung förderlich sind. Finanziell wird die Mutter durch den Unterhalt des Kindsvaters, Kinder- und Pflegegeld unterstützt. Von Familienmitglieder und Freunden erhält sie nur wenig bis gar keinen Rückhalt. Maja und Christina sind in ihrem familiären Alltag grundsätzlich auf sich allein gestellt.

#### *Interpretationen zur Herkunftsfamilie*

Im vorliegenden Genogramm werden vermehrt Trennungen oder Scheidungen erkennbar (siehe „gestrichelte Linien“ Abb. 5). Sowohl die Eltern von Christina als auch die Eltern von Michael leben in Trennung/Scheidung. Die außereheliche Beziehung (siehe „rosa-gestrichelte Linie“ Abb. 5) von Michaels Mutter war allen Familienmitgliedern bekannt und bestand über einen langen Zeitraum. Dies lässt darauf schließen, dass die Eheleute lange versucht haben ihre Schwierigkeiten auszublenden und zur Wahrung des äußeren Scheins zusammenzubleiben. Das Trennungs- und Scheidungsmuster wird in der Beziehung zwischen Christina und Michael fortgeführt, als sich Michael noch während der Schwangerschaft von ihr trennt (siehe Abb. 5). Das Muster wird noch einmal durch die gescheiterte Beziehung mit dem langjährigen Freund aktualisiert. Nur Christinas Schwester durchbricht das familiäre Muster. Zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Genogrammes, ist sie nach Angaben von Christina glücklich verheiratet (siehe „schwarze Linie“ Abb. 5). Drei Monate nach Majas Geburt verstarb Christinas Mutter an ihrem Krebsleiden (siehe „pinke Markierung im Symbol“

Abb. 5). Christina gibt an, sich ihrer Mutter sehr nahe gefühlt zu haben und bis heute noch nicht richtig Abschied genommen zu haben. Hierfür macht sie Maja verantwortlich, die in der eigentlichen Trauerphase viel Aufmerksamkeit gefordert habe. Allerdings gibt Christina an, ihre Mutter habe Maja sehr geliebt, sie akzeptiert und in der kurzen Zeit eine enge Beziehung zu ihr aufgebaut (siehe „grüne Beziehungslinie“ Abb. 6). Sowohl für Christina als auch für Maja ist mit dem Tod der Mutter eine wichtige Bezugsperson verloren gegangen. Es steht zu vermuten, dass sich dieses negative Muster ein weiteres Mal wiederholen wird, da Majas einzige weitere positive Bezugsperson, Christinas Großmutter, bereits 91 Jahre alt ist. Christinas Vater zeigt wenig Interesse an Maja (siehe „graue Beziehungslinie“ Abb. 6). Da er zu seinem gesunden Enkelkind, dem Kind von Christinas Schwester, eine gute Beziehung aufbauen kann, kann angenommen werden, dass Majas gesundheitlicher Zustand für das distanzierte Verhältnis ausschlaggebend ist.

Sowohl die Trennungen als auch die Distanz zum Vater und der Verlust der Mutter wirken sich dysfunktional auf die Beziehungsstruktur aus und begründen die abweisenden Gefühle, die Christina ihrer Tochter entgegen bringt. Innerhalb des familiären Systems findet keine Unterstützung statt. Michael beteiligt sich nicht an der Betreuung und unterbindet aktiv den Kontakt zwischen Maja und seiner Familie, indem er seine Eltern und seine Schwester über die Existenz Majas in Unkenntnis hält. Auch die Mitglieder von Christinas Familie vermeiden den Kontakt zu Maja oder nehmen nur in geringem Maße Anteil an ihrer Entwicklung. Die Beziehung zwischen Maja und Christinas Schwester hat keine große Bedeutung für Majas Entwicklung (siehe „graue Beziehungslinie Abb. 6). Die Schwester zeigt weder negative noch positive Gefühle gegenüber Maja und ist nach Angaben der Kindesmutter mit ihrem eigenen Familienleben sehr beschäftigt, sodass sie auch Christina nicht zur Seite stehen kann. Aus Sicht von Christina ist die Beziehung zu ihrer Schwester zwar harmonisch, aber zugleich auch unbedeutend (siehe „grüne Beziehungslinie“ Abb. 6).

Christina kann aufgrund der zerrütteten Familienverhältnisse nicht auf positive Rollenvorbilder in ihrer Herkunftsfamilie zurückgreifen. Die Beziehungen innerhalb der Familie lassen sich als distanziert und emotionslos beschreiben (siehe „vermehrte graue Beziehungsstrukturen“ Abb. 6), ein Muster, das sich in der Beziehung von Christina und Maja wiederholt. Anders als ihre Schwester ist Christina nicht in der Lage, das negative Muster zu durchbrechen.

*Interpretationen zur Kernfamilie*

Im vorliegenden Genogramm besteht keine triadische Beziehung im klassischen Sinne eines Vater-Mutter-Kind Dreiecks. Christina ist alleinerziehend, zu dem Kindsvater besteht kein Kontakt. Die Rolle des Vaters wird durch niemand anderen aus dem Familiensystem oder von außen ersetzt. Somit ist Christina der Anforderung ausgesetzt, sowohl die Mutter-, als auch die Vaterrolle für Maja ausüben zu müssen. Maja wiederum kann nur auf die Rollenvorbildfunktion ihrer Mutter zurückgreifen. Dies führt zu einem Ungleichgewicht im Familiensystem, was sich auch in der Darstellung der Beziehungsstrukturen (wenig positive Beziehungen siehe Abb. 6) spiegelt. Auch eine Paarebene ist im vorliegenden Genogramm derzeit nicht vorhanden. Für Christina war die Trennung von Michael schockierend und verletzend. Die Beziehung zu Michael ist nach wie vor konflikthaft, was sich dadurch äußert, dass Christina ihn nur als „Kindsvater“ bezeichnet (siehe „rote Beziehungslinie“ Abb.6). Obwohl der Grund für das Misslingen der Paarbeziehungen in der Verantwortung von Christina und ihren Partnern liegt, ist zu vermuten, dass sie Maja unbewusst die Schuld für die Trennungen von Michael und dem langjährigen Freund gibt, denn beide gaben Überforderung mit dem Kind als Trennungsgrund an. Seit Majas Geburt ist Christina keine weitere Beziehung mehr eingegangen. Die Verbindung zu Maja ist vermutlich auch deshalb nachhaltig gestört, weil Christina in ihrer Tochter den Grund für ihr persönliches Alleinsein sieht.

Christina selbst beschreibt die Beziehung zu ihrem Kind von Anfang an als ambivalent. Christinas ungewollte Schwangerschaft ist für sie eine schwere Lebenskrise, die sie durch Michaels Rückzug aus der Beziehung alleine bewältigen muss. Ihre Unentschiedenheit in Bezug auf einen Schwangerschaftsabbruch spiegelt sich in der späteren ambivalenten Beziehung zu Maja. Verstärkt wird die Ambivalenz durch Majas starke Behinderung, mit der sie sich erneut alleine auseinandersetzen muss. Majas Vater ist nur zu einer finanziellen Unterstützung bereit, seine Vaterrolle lehnt Michael ab (siehe „graue Beziehungslinie“ Abb. 6). Aufgrund von Majas großer Bedürftigkeit ist Christina gezwungen, ihre ganze Aufmerksamkeit auf ihr Kind zu richten (siehe „Pfeilsymbol“ Abb. 6). Majas Erkrankung erschwert zudem die Interaktion innerhalb ihrer Beziehung sehr. Christina fühlt sich auf die Rolle als Versorgerin reduziert und hat den Eindruck, aus der Sicht ihres Kindes auswechselbar zu sein. Da Maja kaum in der Lage ist, positiv auf ihre Mutter zu reagieren, investiert auch Christina wenige

Emotionen in die Beziehung zu ihrer Tochter. Während bei Andreana und Jelenko die auf das Kind gerichtete Aufmerksamkeit (siehe „Pfeilsymbol“ Abb. 4) durch die positive Paarbeziehung abgefangen wird, wird Christinas Einsatz (siehe „Pfeilsymbol“ Abb. 6) nicht durch Unterstützung im System kompensiert. Dies führt dazu, dass Christina mit der Rolle als Alleinerziehende überfordert ist und kein positives Gefühl in ihrer Mutterfunktion gewinnen kann. Vielmehr wird sie täglich damit konfrontiert, als Mutter ungenügend zu sein. Majas Behinderung und die Rolle als alleinerziehende Mutter sind als langfristige Krisen zu beurteilen, bei deren Bewältigung Christina fast nur finanzielle Hilfen und Hilfen bei der körperlichen Versorgung der Tochter erhält. Zwar kann Christina auf außerfamiliäre Ressourcen (Therapien, Pflegegeld, Frühförderung, Beratung) zurückgreifen, diese sind aber nicht geeignet, um die emotionalen Defizite im Familiensystem aufzufangen, die aus dem Genogramm ersichtlich werden. Entlastung in der Elternrolle bietet einzig die Tagesmutter, die Maja vormittags betreut. Die Struktur der familiären Triade ist von negativen bzw. nicht existenten Beziehungen geprägt und ist damit nicht förderlich für Majas Entwicklung.

### *Resümee*

Das Genogramm zeigt ein zerrüttetes Familiensystem, in dem Teile des Systems für sich alleine bestehen, sich aber nicht zu einem ausgeglichenen Familiensystem zusammenschließen (siehe vermehrte Beziehungsabbrüche Abb. 5). Maja und Christina bilden für sich alleine eine Kernfamilie. Themen wie Krankheit, Tod und Trennung sind in diesem Familiensystem vorherrschend und zum Großteil nicht verarbeitet. Die Beziehungsstrukturen untereinander sind distanziert und emotionslos, was sich negativ auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirkt. Die familiären Strukturen, in denen Maja aufwächst, sind dysfunktional. Christina ist auf außerfamiliäre Hilfen angewiesen. Die Beziehung zwischen Maja und ihrer Mutter ist hochgradig auffällig, zwischen den beiden besteht keine liebevolle Mutter-Kind Bindung.

## Diskussion und Zusammenfassung

Zum Abschluss dieser Arbeit werden die Ergebnisse des WMC-Interviews und die der Genogramme betrachtet. Außerdem werden die Hypothesen überprüft, die zu Beginn des Forschungsteils aufgestellt wurden. Aufgrund der geringen Teilnehmeranzahl an der Befragung kann nur eine Einzelfalleinschätzung vorgenommen und anhand von Literatur gestützt werden. Im Folgenden werden wichtige theoretische Erkenntnisse in Zusammenhang mit den Forschungsergebnissen gebracht:

### *Der Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren*

Risiko- und Schutzfaktoren moderieren die kindliche Entwicklung und beeinflussen zum einen das Kind selbst und zum anderen sein Umfeld. Vor allem perinatale Komplikationen, Frühgeburten, angeborene chronische Erkrankungen, Missbildungen und schwierige Temperamentsmerkmale bedingen eine Regulationsstörung auf Seiten des Kindes. Dies führt letztendlich zu einer verunsicherten oder sogar gestörten Interaktion von Seiten der Mutter, wie sich auch bei Christina und Maja darstellen ließ. Das Interview mit Christina wies auf eine ambivalente Beziehung zwischen ihr und Maja hin. Die Entstehung der Ambivalenz lässt sich anhand der Bindungstheorien, die im ersten Teil der vorliegenden Arbeit vorgestellt wurden, nachvollziehen (siehe dazu Kapitel 5.2.1. und 5.2.2.). Wird die Fütterungsproblematik, wie im Fall von Maja, von Problemen bezüglich der Verhaltensregulation (hier exzessives Schreien) begleitet, ist die Fütterungsinteraktion für die Mutter stark belastend. Dauerhaft schwierige Temperamentsmerkmale auf Seiten des Kindes führen notwendigerweise im Verlauf der Zeit dazu, dass die Mutter weniger empathisch auf das Kind reagiert (vgl. Thiel-Bonney u. Hofacker 2012, 227). Bei Maja stellte sich heraus, dass ihr schwieriges kindliches Temperament und ihre gestörte Selbstregulation einen äußerst negativen Einfluss auf die Beziehung und Interaktion zwischen Mutter und Kind haben (siehe dazu Kapitel 5.2.1).

In den dargestellten Fallanalysen wurde bestätigt, dass eine Ess- und Fütterungsstörung vor allem mit Erkrankungen in Verbindung gebracht werden können, die zu einem chronischen Appetitverlust führen und die Nahrungsaufnahme damit stark

beeinträchtigen (vgl. Thiel-Bonney u. Hofacker 2012, 225 ff.). Als Folge von Majas geistiger Behinderung führte eine mundmotorische und sensorische Problematik zu einem gestörten Essverhalten. Maja ist motorisch nicht ausreichend in der Lage, selbstständig zu Essen. Vor allem der Schluckvorgang hindert sie an einer oralen Nahrungsaufnahme (siehe dazu Kapitel 3.2.: neurosensorische Essverhaltensstörung). Lucas entwickelte aufgrund frühgeburtlicher Interventionen im Mund-Rachen-Bereich (ständiges Intubieren) eine posttraumatische Ess- und Fütterungsstörung. Motorische Probleme bei der Nahrungsaufnahme konnten bei ihm ausgeschlossen werden. Im Vordergrund stand einzig und alleine seine Angst vor Nahrungsmitteln (siehe dazu Kapitel 3.2.: posttraumatische Ess- und Fütterstörung). Sowohl am Fall von Maja als auch an der Krankengeschichte von Lucas lässt sich der im Kapitel 2.3. beschriebene Symptomtrias aus kindlichen Problemen der Verhaltensregulation, dysfunktionalen Fütterinteraktionsmustern und Überforderungserscheinungen bei den Eltern nachvollziehen.

Sowohl die Genogrammarbeit als auch die Interviews lieferten einen Einblick in elterliche und familiäre Einflussfaktoren und Risiken, die Auswirkungen auf die Beziehung und Interaktion zwischen Mutter und Kind zeigen. „Elterliche, biologische und psychosoziale Belastungen stehen in enger Wechselwirkung mit kindlichen Einflussfaktoren.“ (Thiel- Bonney u. Hofacker 2012, 228) Dies bestätigte sich vor allem bei der Genogrammarbeit. Es wurde ersichtlich, dass psychosozial belastende Lebensumstände wie Krankheiten und Sterbefälle in der Familie, Trennungen sowie das Fehlen von Bezugspersonen die Beziehung zwischen Mutter und Kind negativ beeinflussen können. Treffen mehrere Risikofaktoren im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und der ersten Lebensjahre unmittelbar aufeinander, sinkt die Freude über die Beziehung und die Akzeptanz des Kindes lässt nach. Biologische und psychosoziale Belastungen im Kontext frühkindlicher Ess- und Fütterungsstörungen betreffen vor allem die Mütter, die in der Regel für die Ernährung der Kinder verantwortlich sind. Dies ließ sich anhand der Interviews bestätigen, da alle Mütter großen psychosozialen Stress während der Schwangerschaft und bei der Geburt erlebten und Angst um das Überleben und die Gesundheit des Kindes empfanden.

### *Die Frühgeburtlichkeit*

Nach statistischen Angaben werden in Deutschland rund 50.000 Kinder zu früh geboren, was rund 7 % aller Kinder eines Geburtenjahrganges betrifft. Vor allem das Zusammenspiel einer eingeschränkten Reizregulation und gesundheitliche Belastungen bei Frühgeborenen können zu langanhaltenden Schwierigkeiten in der Verhaltensregulation führen. Aufgrund dessen belastet die Frühgeburtlichkeit nicht nur die Eltern-Kind-Interaktion, sondern erhöht auch das Risiko einer frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörung (vgl. Cierpka, Scholtes et al. 2011, 1096 ff.). Die Frühgeburtlichkeit betraf in dieser Untersuchung fünf von sechs der befragten Mütter. Viele Eltern, wie beispielsweise die Eltern von Lucas, sind vor allem im ersten Lebensjahr großen Ängsten ausgesetzt. Verlustängste führen zu übermäßiger Kontrolle und Überstimulation, was letztlich bewirkt, dass die Eltern Druck auf das Kind ausüben und es als Reaktion die Nahrung verweigert. Wie in Kapitel 2.3. und 5.2.2. erläutert, ist dies bei der Wahl des therapeutischen Ansatzes zu berücksichtigen und erfordern eine Sensibilisierung der Eltern bezüglich Nahrungsangeboten an ihre Kinder. Abwehrreaktionen von Kindern, die Probleme bei der Reizverarbeitung zeigen (zum Beispiel Maja), führen dazu, dass Versagensängste und Schuldgefühle auf Seiten der Mutter auftreten und die Interaktion negativ beeinflussen. Die Frühgeburtlichkeit ist eng verbunden mit medizinischen Indikationsmaßnahmen und Problemen in der Verhaltensregulation der Kinder. Daraus resultiert von Anfang an ein erhöhtes Risiko für Ess- und Fütterungsprobleme. Der starke Fokus der Eltern auf die (Ess-) Entwicklung des Kindes fördert eine schwierige und uneinheitliche Interaktion.

### *Behinderte und schwerkranke Kinder*

Neben dem Risiko der Frühgeburtlichkeit stellt die Geburt eines behinderten oder schwer kranken Kindes ein weiteres großes Risiko für die Entwicklung einer Ess- und Fütterungsstörung dar. Auch dies ließ sich anhand der Untersuchungsgruppe nachzeichnen. Vier von sechs Kindern waren nicht nur von der Ess- und Fütterungsstörung betroffen, sondern auch von weiteren schweren chronischen, genetischen und neurologischen Erkrankungen. Sowohl bei Lucas als auch bei Maja bestand eine höhergradige Behinderung. Erfahren Eltern während der Schwangerschaft oder nach der Geburt, dass ihr Kind unter einer Behinderung leidet, erleben sie eine

massive Veränderung in ihren alltäglichen Abläufen. Die Betreuung und Versorgung ist viel intensiver als bei einem gesunden Kind. Außerdem zeigen sich in der Folge zumeist Veränderungen im familiären Umfeld (vgl. Cierpka, Scholtes et al. 2011, 1098). Dies zeigten auch die Genogramme. In beiden Fällen ließ sich ein Rückzug des sozialen Umfelds feststellen. Insbesondere bei Christina und Maja war die Distanz des familiären Umfelds sehr groß. Die fehlende familiäre Unterstützung kann in so einem Fall sehr verletzend sein und die Kernfamilie dazu zwingen, nach außerfamiliären Ressourcen und Unterstützung zu suchen.

Anhand der Interviews konnte festgestellt werden, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Verarbeitung der Diagnose und der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung und Interaktion gab. Erleben die Mütter die Behinderung ihres Kindes subjektiv als Belastung, so wie es bei Christina der Fall war, erweist sich auch die Beziehung und Interaktion als belastet. Vor allem Majas Unfähigkeiten, Blickkontakt herzustellen und zu halten, zu lächeln und zu vokalisieren, führten bei Christina zu einer Reduktion der Interaktionsangebote. Damit bestätigt sich, dass eine frühkindliche Ess- und Fütterungsstörung nach dem Prinzip der Zirkularität hervorgerufen und aufrechterhalten wird (siehe dazu Kapitel 2.1.). Ist die Mutter aufgrund der Behinderung ihres Kindes verunsichert, führt dies dazu, dass die intuitiven elterlichen Kompetenzen stark eingeschränkt sind (siehe dazu Kapitel 5.2.2.). In diesem Fall kann die Mutter die Entwicklung ihres Kindes nicht vollständig und positiv unterstützen (vgl. Cierpka, Scholtes et al. 2011, 1099). Im Gegensatz dazu fördert die Akzeptanz der Behinderung eine gelungene Interaktion. Andreana bestätigt durch ihre feinfühligsten Reaktionen auf Lucas' Bedürfnisse, dass nicht die objektive Behinderung, sondern die innere Repräsentanz des Kindes bei der Mutter ausschlaggebend für die Beziehung ist.

### *Risiko einer Sondendependenz*

Des Weiteren ließen sich die in Kapitel 4 der vorliegenden Arbeit dargestellten Zusammenhänge zwischen der Sondendependenz und einer Belastung der Fütterungsinteraktion in der Praxis erhärten. Drei von sechs Kindern aus der Untersuchungsgruppe wurden mit einer Sonde ernährt. Sowohl Lucas als auch Maja wurden mit einer PEG-Sonde ernährt. „Hierbei handelt es sich weitgehend um eine iatrogen entstandene Morbidität.“ (Dunitz-Scheer et al. 2007, 800.) Die Zahl der

sondierten Säuglinge und Kleinkinder ist gerade in der Gruppe von frühgeborenen und behinderten Kindern sehr hoch. Vor allem im Hinblick auf die Ess- und Fütterungssituation stellt eine Sondenernährung ein großes Risiko dar. Oft ist ein Kind auch dann nicht in der Lage zu essen, wenn die medizinische Indikation keine Sondierung mehr verlangt. „Essen lernen ist ein Teil der natürlichen kindlichen Entwicklung, welche bei langzeitsondierten kleinen Patienten bis dato durch die Sondierung selbst blockiert wurde.“ (Dunitz-Scheer 2011, 9) Vor allem anhand der Interviews wurde ersichtlich, wie belastend sich die Sondierung der Kinder auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind auswirkte. Bei fast allen Müttern richtete sich das Augenmerk bei der Fütterung nur auf das Sondierungsvolumen und die Zeitabstände zwischen den Sondierungsmahlzeiten. Gerade die Sondierung ist aus funktioneller und sozialpsychologischer Sicht als große Entwicklungsbenachteiligung zu betrachten und behindert eine intime Beziehung und gelungene Interaktion zwischen Mutter und Kind im Rahmen der Fütterungssituation. Hier zeigt sich, dass das in Kapitel 5.1. dargestellte Modell einer interaktions- und beziehungs-fokussierten Ätiologie von Fütterstörungen von N. Hofacker auch gut geeignet ist, um die sich in der Praxis zeigenden Interaktionsprobleme bei sondenernährten Kindern abzubilden. Sowohl Andreana, als auch Christina mussten in der Zeit ihres Aufenthaltes in Graz lernen, die Reduzierung der Sondennahrung zuzulassen, die Signale des Kindes wahrzunehmen und darauf zu antworten. Bei Lucas war es zudem wichtig, dass die Eltern lernten, die Verantwortung der Nahrungsaufnahme auf ihr Kind zu übertragen, denn er war motorisch in der Lage seine Nahrung selbst einzunehmen. Bei Maja hingegen stand die Fütterungsinteraktion im Vordergrund, da sie selbst aufgrund ihrer geistigen Behinderung zur eigenständigen Nahrungsaufnahme nicht fähig war. Christina musste lernen, die Fütterungssituation ohne Druck auszuüben, Majas Signale wahrzunehmen und angemessen darauf zu antworten.

### *Hypothesenüberprüfung*

Um die Diskussion der Forschungsergebnisse abschließen zu können, sollen die zu Beginn der Untersuchung aufgestellten Hypothesen überprüft werden:

1. Die standardisierten Fragen des WMCI vereinfachen die Charakterisierung der Beziehung zwischen Mutter und Kind.

Tatsächlich ermöglicht das Interview von Charles Zeanah eine gute Einschätzung der Beziehung zwischen Mutter und Kind. Durch die Fülle an Fragen kann der Interviewer die eigene Bewertung immer wieder überprüfen und so zu einem plausiblen Urteil gelangen. Vor allem im klinisch-therapeutischen Rahmen ist dieses Instrument gut einsetzbar, denn es erlaubt dem Interviewer eine Einschätzung, welche weiteren therapeutischen Schritte erfolversprechend sind. Auch im Verlauf einer Therapie kann immer wieder auf die Ergebnisse der Interviews zurückgegriffen werden. Insgesamt sind die Fragen so konzipiert, dass die Mütter zu einer Beschreibung ihres Kindes motiviert werden und emotionale Verbindungen zum Kind sichtbar werden.

2. Die Methode der Genogrammarbeit kann dazu verwendet werden, um eine Korrelation zwischen der Gesamtstruktur des Familiensystems und der zu untersuchenden Mutter-Kind-Beziehung sichtbar zu machen.

Um die multifaktoriellen Bedingungen für die Entstehung einer frühkindlichen Ess- und Fütterungsstörung darzustellen, liefert die Genogrammarbeit einen guten und übersichtlichen Beitrag. Es erlaubt einen schnellen Überblick über die Kernfamilie und ermöglicht die Interpretation von Beziehungsstrukturen, die für die Entstehung, Therapie und Behandlung der Störung von Bedeutung sind. Im Hinblick auf die gestörte Interaktion in der Ess- und Fütterungssituation spielt vor allem die Begutachtung der dyadischen und triadischen Beziehung eine große Rolle. Diese kann durch die Genogramme gut erfasst werden. Vor allem die Präsenz des Vaters ist für die Therapie frühkindlicher Ess- und Fütterungsstörungen von Bedeutung. Das Genogramm zeigt, inwieweit die Funktion des Vaters erfüllt wird. Bedeutsame Krisen, familiäre Muster und andere Probleme, die sich im System widerspiegeln, können schnell erkannt und dahingehend begutachtet werden, ob sie die Mutter-Kind-Beziehung und Interaktion negativ beeinflussen. Außerdem kann das Genogramm dazu verwendet werden, weitere für das Kind wichtige Beziehungen abzubilden und auf ihre Funktionalität hin zu überprüfen. So können gegebenenfalls weitere Personen in die therapeutische Arbeit einbezogen werden. Abschließend bietet das Genogramm die Möglichkeit, Ressourcen und Stärken des Familiensystems herauszuarbeiten und für die therapeutische Arbeit zu nutzen.

3. Je schwerwiegender die Erkrankung des Kindes, desto stärker sind die mütterliche Repräsentation des Kindes und, in der Folge, die Mutter-Kind-Beziehung belastet.

Diese Hypothese konnte nicht eindeutig bestätigt werden. Ob die Beziehung und Interaktion mit dem Kind als belastend empfunden wird, hängt nicht vom Schweregrad der Erkrankung oder der damit verbundene Ess- und Fütterungsstörung ab, sondern von der inneren Verarbeitung und Akzeptanz der Mutter. Anders als erwartet stellte sich in fünf von sechs Fällen heraus, dass der Schweregrad der Erkrankung keinen Einfluss auf die Qualität der Beziehung hatte. Es stellte sich sogar heraus, dass eine Mutter mit einem körperlich und geistig völlig gesunden Kind ausgesprochene Interaktionsprobleme mit dem Kind zeigte (vgl. Kapitel 7.2., verkehrte, unsichere Beziehung). Nur im Fall von Christina und Maja ist ein Zusammenhang zwischen der Beziehungsstörung und dem Schweregrad der Behinderung feststellbar, da Christina sehr unter der krankheitsbedingten Responsivität ihrer Tochter leidet.

4. Je brüchiger die Strukturen eines Familiensystems sind, desto schwieriger gestaltet sich die Beziehung und Interaktion zwischen Mutter und Kind; umgekehrt hat ein intaktes Familiensystem einen positiven Einfluss.

Diese Hypothese konnte vor allem anhand der Genogrammarbeit weitgehend bestätigt werden. Dies lässt darauf schließen, dass die Methode der Genogrammarbeit in der klinischen Arbeit hilfreich sein kann. Vor allem im frühen Stadium der Geburt und Entwicklung des Kindes zeigen sich die Mütter als höchst vulnerabel. Treffen Krisen im Familiensystem häufig und zeitnah aufeinander, ist das Risiko einer Beziehungsstörung zwischen Mutter und Kind erhöht. Die Stabilität des Familiensystems erweist sich von großer Bedeutung für die Entwicklung des Kindes und kann vor allem durch eine positive und ausgeglichene triadische Beziehung (Mutter/Vater/Kind) hergestellt werden. Vor allem eine funktionierende Eltern- und Paarebene stellt sich als förderlich für die Entwicklung des Kindes dar. Für die vorliegende Untersuchung erwies sich das Genogramm als schnelles und übersichtliches Darstellungsmittel, mit dem sich familiäre Risiken und ein Ungleichgewicht im Familiensystem darstellen ließen. Allerdings sollten zu den gängigen Genogrammaspekten weitere Faktoren in die Interpretation einbezogen werden, um belastbare Ergebnisse zu erhalten. In Lucas' Fall half Andreanas ausgeprägte Resilienz, Risikofaktoren auszugleichen und Krisen zu

bewältigen. Zur Interpretation des Genogrammes sollten deshalb immer zusätzliche Informationen (Gesprächsinhalte, Interviewergebnisse o. ä.) hinzugezogen werden. Die ausschließliche Betrachtung der symbolischen Darstellung kann zu Fehlschlüssen führen.

5. Die Ergebnisse des WMCI und der Genogrammarbeit lassen sich ergänzend interpretieren und erlauben so eine bessere Beurteilung der Mutter-Kind-Beziehung als die isolierte Anwendung einer der Methoden.

Die Auswertung der Interviews liefert ein umfangreiches Bild über die Beziehung zwischen Mutter und Kind. Zusätzlich macht das Genogramm auf die Stabilität des Familiensystems aufmerksam und bietet die Möglichkeit, Sorgen, Ängste und Krisensituationen mit der Beziehung zwischen Mutter und Kind in Verbindung zu bringen. Es hat sich herausgestellt, dass sich einerseits Aspekte der Interviewauswertung in den Genogrammen widerspiegelten, andererseits Informationen aus den Interviews zur Genogrammintepretation nötig waren. Die Verknüpfung beider Techniken ermöglicht in der Praxis einen umfassenden und treffsicheren Blick auf die multifaktorielle Entstehung einer Ess- und Fütterungsstörung im Säuglings- und Kleinkindalter. Vor allem die Bindung und Interaktion zwischen Mutter und Kind kann durch die Kombination der Methoden präzise erfasst werden.

## Literaturverzeichnis

Ahnert, L. (Hrsg.) (2004): Frühe Bindung – Entstehung und Entwicklung, Ernst-Reinhardt, München.

Barton, M. L. / Robins, D. (2000): Regulatory disorders. In Zeanah, J. C. H. (Hrsg.): Handbook of Infant Mental Health, New York: Guilford Press, S. 311 - 325.

Baumgartner, M. (2007): Frühkindliche Ess – und Fütterstörungen – Die Rolle der Logopädie im interdisziplinären Team bei der Sondenentwöhnung von Kleinkindern beruhend auf dem „Grazer Modell“. Bachelorarbeit, Akademie Ried im Innkreis.

Benoti, D. / Zeanah, C. H. / Parker, K. C. H. / Nicholson, E. / Coolbear, J. (1997): “Working Model of the Child Interview”: Infant Clinical Status Related to Maternal Perceptions, Infant Mental Health Journal, 18/1, S. 107 – 121.

Benz, M. / Scholtes, K.(2012): Von der normalen Entwicklungskrise zur Regulationsstörung. In Cierpka, M. (Hrsg.): Frühe Kindheit 0-3 – Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, Springer, Berlin-Heidelberg, S. 159 – 170.

Berger, M. / Freiburger, E. / et al. (2007): Regulationsstörungen, psychische und psychosomatische Störungen im Säuglings- und frühen Kleinkindalter. In: Cierpka, M. / Windaus, E. (Hrsg.): Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie – Konzept, Leitlinien und Manual, Brandes & Apsel, Frankfurt am Main, S. 51 - 85.

Borke, J. / Eickhorst, A. (Hrsg.) (2008): Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit, Facultas, Wien.

Borke, J. (2011): Frühkindliche Regulationsstörungen. In Keller, Heidi (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung, Huber, Bern, S. 988 – 1002.

Brisch, K. H. / Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2009): Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft – Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie, Klett, Stuttgart.

Brisch, K. H. (2009): Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie, Klett, Stuttgart.

Chatoor, I. / Egan, J. (1983): Nonorganic failure to thrive and dwarfism due to food refusal – A separation disorder, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22/3, S. 294 – 301.

Chatoor, I. et al. (1997): A Feeding Scale for Research and Clinical Practice to Assess Mother – Infant Interactions in the First Three Years of Life, *Infant Mental Health Journal*, 18/1, S. 76 – 91.

Chatoor, I. (2002): Feeding disorders in infants and toddlers – Diagnosis and treatment, *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 11, S. 163 – 183.

Chess, S. / Thomas, A. (1984): *Origins and evolution of behavior disorders*, Bruner, New York.

Cierpka, M. / Windaus, E. (Hrsg.) (2007): *Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie – Konzept, Leitlinien und Manual*, Brandes & Apsel, Frankfurt am Main.

Cierpka, M. (Hrsg.) (2008): *Handbuch der Familiendiagnostik*, Springer, Heidelberg.

Cierpka, M. / Scholtes, K. / Frey, B. / Köhler, H. (2011): Der Übergang zur Elternschaft. In Keller, H. (Hrsg.): *Handbuch der Kleinkindforschung*, Hans Huber, Bern, S. 1090 - 1109.

Cierpka, M. (Hrsg.) (2012): *Frühe Kindheit 0-3 – Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*, Springer, Berlin, Heidelberg.

Dornes, M (2001): *Die frühe Kindheit – Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*, Fischer, Frankfurt am Main.

Dunitz, M. / Fiala, S. / Scheer, P. J. (1995): Säuglingspsychosomatik am Beispiel der nichtorganischen Gedeihstörung. In Zimprich, H. (Hrsg.): *Kinderpsychosomatik*, Georg Thieme, Stuttgart, S. 108-115.

Dunitz, M. / Scheer, P. J. / Trojovski, A. / Kaschnitz, W. / Kvas, V. / Macari, S. (1996): Changes in psychopathology of parents of noft (non-organic failure to thrive) infants during treatment, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, S. 93 – 100.

Dunitz-Scheer, M. / Wilken, M. / Walch, G. / Schein, A. / Scheer, P. (2000): Wie kommen wir von der Sonde los!? – Diagnostische Überlegungen und therapeutische Ansätze zur interdisziplinären Sondenentwöhnung im Säuglings- und Kleinkindalter, *Kinderkrankenschwester Fachzeitschrift der Gesundheits- und Krankenpflege*, Heft 19/11, S. 448-456.

Dunitz-Scheer, M. (2001): Die belastende Mutter-Kind-Beziehung, *Kinderkrankenschwester Fachzeitschrift der Gesundheits- und Krankenpflege*, Heft 20/1, S. 3-7.

Dunitz-Scheer, M. / Wilken, M. / Lamm, B. / Scheitenberger, S. / Stadler, B. / Schein, A. / et al. (2001): Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit, *Monatsschrift Kinderheilkunde*, Springer, Heft 149, S. 1348-1359.

Dunitz-Scheer, M. / Hauer, A. / Wilken, M. / Krasnovsky, A. / et al. (2004): Essen oder nicht Essen, das ist hier die Frage? – Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit: das „Grazer Modell“, *univ. Kinderzentrum Graz, Pädiatrie und Pädologie*, Springer, S. 1-11.

Dunitz-Scheer, M. / Tappauf, M. / Burmucic, K. / Scheer, P. (2007): Frühkindliche Essstörungen – Kinder sind keine Gefäße! *Monatsschrift Kinderheilkunde*, Springer, Heft 155, S. 795-803.

Dunitz-Scheer, M. / Huber-Zeyringer, A. / Kaimbacher, P. S. / Beckenbach, H. / et al. (2010): Schwerpunkt Sondenentwöhnung, *Pädiatrie und Pädologie*, Springer, Heft 4 & 5, S. 7-13.

Dunitz-Scheer, M. (2011): Sondenentwöhnung, *Arzt und Kind*, Prometheus, S. 8-11.

Dunitz-Scheer, M. / Scheer, P. / Marinschek, S. / Pashini, K. (2011): Frühkindliche Essstörungen, *Arzt und Kind*, Prometheus, S. 12-14.

Frevert, G. / Cierpka, M. / Joraschky, P. (2008): Familiäre Lebenszyklen. In: Cierpka, M. (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik, Springer, Heidelberg, S. 173 – 197.

Frey, B. / Nakhla, D. (2012): Mutterschafts- und Vaterschaftskonstellation. In: Cierpka, M. (Hrsg.): Frühe Kindheit 0-3 – Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 127 - 135.

Greenspan, S. (1992): Regulatory disorders – Infancy and early childhood: The practice of clinical assessment and investigation with emotional and developmental challenges, Madison, CT: International Universities Press.

Greenspan, S. / Weider, S. (1993): Regulatory disorders. In Zeanah, J. C. H. (Hrsg.): Handbook of infant mental health, New York: Guilford Press, S. 280 – 290.

Hagekull, B. / Bohlin, G. / Rydell, A. M. (1997): Maternal Sensitivity, Infant Temperament, and the Development of Early Feeding Problems, Infant Mental Health Journal, Vol. 18/1, S. 92 – 106.

Hédervári-Heller, É. (2012): Bindungen und Bindungsstörungen. In: Cierpka, M. (Hrsg.): Frühe Kindheit 0-3 – Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 57 - 67.

Hildenbrand, B. (2005): Einführung in die Genogrammarbeit, Carl – Auer, Heidelberg.

Hofacker, N./ Papoušek, M. / Wurmser, H. (2004): Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Papoušek, M. / Schieche, M. / Wurmser, H. (Hrsg.): Regulationsstörungen in der frühen Kindheit – Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung, Hans-Huber, Bern, S. 171 – 199.

Joraschky, P. / Retzlaff, R. (2008): System- und Strukturdiagnose. In: Cierpka, M. (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik, Springer, Heidelberg, S. 336 – 353.

Keller, H. (Hrsg.) (2011): Handbuch der Kleinkindforschung, Hans Huber, Bern.

Kißgen, R. / Heinen, N. (Hrsg.) (2011): Familiäre Belastungen in früher Kindheit – Früherkennung, Verlauf, Begleitung, Intervention, Klett-Cotta, Stuttgart.

Largo, R. H. / Benz-Castellano, C. (2004): Die ganz normalen Krisen – Fit und Misfit im Kleinkindesalter, In: Papoušek, M. / Schieche, M. / Wurmser, H. (Hrsg.): Regulationsstörungen in der frühen Kindheit – Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung, Hans-Huber, Bern, S. 17 – 30.

Lepolt, D. (1993): Psychodynamische Aspekte der Fütterungs- und Gedeihstörung im Säuglings- und Kleinkindalter. Diplomarbeit, Karl Franzens Universität Graz.

Lohaus, A. / Ball, J. / Lißmann, I. (2004): Frühe Eltern-Kinder-Interaktion. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Frühe Bindung – Entstehung und Entwicklung, Ernst-Reinhardt, München, S. 147 – 161.

Mc Goldrick, M. / Gerson, R. / Petry, S. (2009): Genogramme in der Familienberatung, Hans Huber, Bern.

Papoušek, M (2002): Störungen des Säuglingsalters. In: Esse, G. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalters, Thieme, Stuttgart, S. 80 – 100.

Papoušek, M. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit - Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papoušek, M. / Schieche, M. / Wurmser, H. (Hrsg.): Regulationsstörungen in der frühen Kindheit – Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung, Hans-Huber, Bern, S. 77 – 110.

Papoušek, M. / Schieche, M. / Wurmser, H. (Hrsg.): Regulationsstörungen in der frühen Kindheit – Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung, Hans-Huber, Bern.

Petermann, U. / Petermann, F. (2002): Biopsychosoziale Perspektiven der Entwicklungspsychopathologie. In Rollet, B. / Werneck, H. (Hrsg.): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie, Hogrefe, Göttingen, S. 46 – 68.

Posner, M. I. / Rothbart, M. K. (2000): Mechanism of self-regulation. *Development & Psychopathology*, 12, S. 427 – 441.

Ramsey, M. / Gisel, E. / Boutry, M. (1993): Non-organic failure to thrive- Growth failure secondary to feeding-skills disorders, *Developmental Medicine Child Neurology*, 35, S. 285 – 297.

Rollet, B. / Werneck, H. (Hrsg.) (2002): *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie*, Hogrefe, Göttingen.

Stahmann U. (2005): *Elterliche Belastung während der stationären Sondenentwöhnung des Kindes nach dem „Grazer Modell“*. Diplomarbeit, Universität Osnabrück.

Thiel-Bonney, C. / Hofacker, N. (2012): Fütterstörungen in der frühen Kindheit. In: Cierpka, M. (Hrsg.): *Frühe Kindheit 0-3 – Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 219 – 248.

Weltgesundheitsorganisation (2010): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Hans Huber, Bern.

Wilken, M. (2007): *Die Fütteraversionskala (FAS) – Entwicklung und Evaluation eines Verfahrens zur Diagnostik von frühkindlichen Fütterungsstörungen bei Frühgeborenen*. Dissertation, Siegburg.

Wilken, M. / Jotzo, M. / Dunitz-Scheer, M. (2008): *Therapie frühkindlicher Fütterstörungen*. In Borke, J. / Eickhorst, A. (Hrsg.): *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit*, Facultas, Wien, S. 189 – 208.

Wilken, M. / Jotzo, M. (2011): *Frühkindliche Fütterstörungen*. In Keller, H. (Hrsg.): *Handbuch der Kleinkindforschung*, Hans Huber, Bern, S. 1058 – 1074.

Zero to three: National Centre for Infants, Toddlers and Families (Hrsg.) (1999): *Diagnostische Klassifikation: 0-3 – Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern*, Springer, Wien.

Zimprich, H. (1995): *Kinderpsychosomatik*, Georg Thieme, Stuttgart.

## Anhang

### Interview: „Working Model of the Child Interview“ nach Charles Zeanah

(Übersetzt von: Prof. Dr. med. Marguerite Dunitz-Scheer)

(Vgl. Charles H. Zeanah; Diane Benoit und Marianne Barton – Working Model of the Child Interview)

Teil 1 – Entwicklung des Kindes (Frühentwicklung, Schwangerschaft, Stillzeit)

Am Anfang möchte ich gern, dass sie mir etwas über die Entwicklung ihres Kindes erzählen.

1. Beginnen wir mit der Schwangerschaft. Mich würde interessieren ob sie geplant oder ungeplant war? Wie ging es ihnen körperlich? Wie ging es ihnen seelisch bzw. gefühlsmäßig? Was haben sie während der Schwangerschaft gemacht (beruflich etc.)?
2. War es ihre erste Schwangerschaft? Ab welchem Monat hatten sie das Gefühl wirklich schwanger zu sein? Was waren ihre Vorstellungen, wie das Baby sein würde (Geschlecht, Temperament, Persönlichkeit)?
3. Wie war die Geburt und wie ging es ihnen damals? (*Es sollte genug Zeit gegeben werden bevor das Interview fortgeführt wird*) Wie haben sie auf alles reagiert? Erinnern sie sich an die erste Reaktion, als sie ihr Baby sahen? Was war ihre Reaktion und wie hat ihre Familie/ihr Partner reagiert?
4. Hatte ihr Baby in den ersten Tagen nach der Geburt irgendwelche Schwierigkeiten oder Probleme? Benötigte es medizinische Hilfe? An welchem Tag konnten sie das Krankenhaus mit ihrem Baby verlassen? Haben sie gestillt oder das Fläschchen gegeben? Wie lange haben sie gestillt? Warum haben sie nicht gestillt? Wie waren ihre Erfahrungen diesbezüglich?
5. Zurückblickend, wie würden sie die ersten paar Wochen zu Hause mit ihrem Baby beschreiben, bezüglich des Schlafens, Fütterns und Schreiens? Wie war es für sie plötzlich zu zweit in der Familie zu sein? Was haben sie anderen gesagt und was haben sie in dieser Zeit getan?

6. Wie waren die Entwicklungsschritte ihres Babys im 1. Lebensjahr, also das sitzen, krabbeln, gehen, plappern etc.? Hatten sie schon einen Eindruck über die Intelligenz ihres Babys? Was dachten sie?
7. Schien ihr Baby einen regelmäßigen Tagesablauf zu haben? Was passierte, wenn sie nicht diesem Tagesablauf entsprachen?
8. Wie hat ihr Baby auf Trennungen von ihnen reagiert? (*Es sollte genug Zeit gegeben werden bevor das Interview fortgeführt wird*) Gab es Trennungen, die länger als einen Tag gedauert haben, in den ersten zwei Lebensjahren, bis jetzt? Wie reagierte das Baby darauf? Wie war es für sie? Wie haben sie sich gefühlt? Was haben sie gemacht?
9. Erzählen sie mir, wann, wie und warum sie den Namen Ihres Babys gewählt haben den es heute trägt? Hat dieser Name eine Bedeutung in der Familie? Wie finden sie, passt der Name zu ihrem Kind?

Teil 2 – Entwicklung des Kindes (Persönlichkeit, Temperament, Zukunftsperspektive)

1. Wird ihr Baby häufig misslaunig (ärgerlich, weinerlich etc.)? (*Es sollte genug Zeit gegeben werden bevor das Interview fortgeführt wird*) Was haben sie in so einem Moment getan? Wie fühlten sie sich wenn es zu so einer Situation kam? Wie fühlen sie sich heute, wenn es dazu kommt?
2. Was passiert wenn ihr Baby emotional wird? Gibt es ein spezielles Beispiel in dem ihr Kind beispielsweise ärgerlich, traurig, ängstlich etc. wurde, welches sie mir erläutern könnten? Was haben sie in diesem Moment getan? Wie haben sie sich gefühlt? Wie haben sie sich gefühlt ihr Kind so aufgebracht zu erleben?
3. Erzählen sie mir von einem Moment in dem sich ihr Baby körperlich leicht verletzt hat (ein Stoß, ein Schnitt etc.). Was ist diesbezüglich passiert, was haben sie getan und wie haben sie sich gefühlt?
4. Erzählen sie mir von einem Moment, in dem ihr Kind krank war (Infekt, Masern etc.), auch hier würde ich gerne von ihnen wissen, was passiert ist, was sie getan haben und wie sie sich gefühlt haben?
5. Können sie mir ein bisschen über die Persönlichkeit ihres Kindes erzählen, so wie sie es heute betrachten?
6. Würden sie bitte versuchen die Persönlichkeit ihres Kindes mit 5 Adjektiven zu beschreiben? Können sie mir vielleicht zu jedem Adjektiv eine kleine Episode erzählen, damit ich nachvollziehen kann wieso sie dieses gewählt haben?

*(Manchen Müttern kann es schwer fallen 5 Adjektive zu finden. Es geht aber vielmehr um die Beschreibung, als um die Anzahl. Dies sollte von Interviewer beachtet werden).*

7. Nun würde mich interessieren, an wen sie ihr Kind zu diesem Zeitpunkt erinnert? In welcher Art und Weise ähnelt es der Person die sie mir genannt haben? Wann haben sie diese Ähnlichkeit das erste Mal festgestellt? *(Falls nur ein Elternteil genannt wird sollte nachgefragt werden, warum)*. Welche Charaktereigenschaften hat ihr Kind von ihnen/von ihrem Partner oder Ehemann? Wem ähnelt ihr Kind am meisten? In welcher Weise ähnelt es ihnen/ihrem Partner oder Ehemann weniger bis gar nicht?
8. Gibt es irgendwelche Eigenschaften aus ihrer Herkunftsfamilie, die Sie in ihrem Kind wiederfinden? Und Eigenschaften aus der Familie ihres Mannes/Partners?
9. Was glaube sie, ist einzigartig an ihrem Kind und unterscheidet es von anderen Kindern?
10. Welches Verhalten ihres Kindes erscheint für sie im Umgang mit ihm/ihr am Schwierigsten? Können sie mir dafür ein Beispiel geben? Wie oft kommt diese Situation vor die sie mir beschrieben haben? Wie geht es ihnen, wenn ihr Kind so reagiert wie sie erzählt haben und was tun sie in so einer Situation? Weiß ihr Kind, dass sie das nicht mögen? Warum glauben sie verhält es sich so? Und wie reagiert ihr Kind, wenn sie ihm/ihr zeigen, dass sie dieses Verhalten nicht mögen? Wie glaube sie wird sich dieses Verhalten bei ihrem Kind weiterentwickeln, wenn es älter wird? Warum glauben bzw. fühlen sie wird es so sein wie sie es beschreiben?
11. Wie würden sie ihre derzeitige Beziehung zu ihrem Kind beschreiben? *(Es sollte genug Zeit gegeben werden bevor das Interview fortgeführt wird)* Können sie mir 5 Adjektive nennen die Ihre Beziehung beschreiben? Finden sie vielleicht zu jedem Adjektiv eine Geschichte, die mir verdeutlichen was sie damit meinen? *(Manchen Müttern kann es schwer fallen 5 Adjektive zu finden. Es geht aber vielmehr um die Beschreibung, als um die Anzahl. Dies sollte von Interviewer beachtet werden).*
12. Was erfreut sie am allermeisten an ihrer Beziehung zu ihrem Kind? Was würden sie sich wünschen zu verändern und warum? Inwiefern glauben sie, dass ihre Beziehung sich auf die Persönlichkeit ihres Kindes und seine Entwicklung auswirkt? Hat sich ihre Beziehung zu ihrem Kind verändert seit es auf der Welt

- ist? Wenn ja, inwiefern? Gab es verschiedene Phasen in ihrer Beziehung? Was ist ihr eigenes Gefühl zu diesen Veränderungen?
13. Welchem Elternteil fühlt sich ihr Kind derzeit am Nächsten? Wie macht sich dies bemerkbar? War es schon immer so? Glauben sie, dass sich dies verändern könnte, wenn ihr Kind älter wird und warum glauben sie wird es so sein?
  14. Haben sie eine Lieblingsgeschichte über ihr Kind, z.B. eine die sie ihrer Familie oder ihren Freunden erzählt haben? (*Es sollte genug Zeit gegeben werden bevor das Interview fortgeführt wird*). Was mögen sie so sehr an dieser Geschichte, die sie gewählt haben?
  15. Wie sie wissen kann es im Alter von (Alter des Kindes) zu Schwierigkeiten kommen. Was ist ihr schlimmster Gedanke in der ersten Zeit ihres Kindes? Was fühlen sie wenn sie daran zurückdenken?
  16. Gab es irgendwelche Erfahrungen, die ihr Kind gemacht hat und ihnen das Gefühl gegeben haben, dass es ein Rückschlag für ihr Kind gewesen ist? Warum glaube sie das? Bedauern sie in irgendeiner Art und Weise, wie sie ihr Kind bis jetzt großgezogen haben? Falls sie nochmal von vorne anfangen könnten, mit dem Wissen, was sie jetzt haben, was würden sie verändern wollen?
  17. Machen sie sich je Sorgen über ihr Kind? Was besorgt sie an (Antworten der Mutter wiedergeben) denken? Was genau ist ihre größte Sorge?
  18. Wenn sie sich ein ganz bestimmtes Alter ihres Kindes aussuchen könnten, indem es verharren soll, welches Alter würde das sein und warum?
  19. Wenn sie in die Zukunft blicken, was glauben sie wird schwierig für die Entwicklung ihres Kindes und warum denken sie so darüber?
  20. Was erwarten sie, wie wird sich ihr Kind in der Pubertät zeigen? Was glauben sie wird leicht und/oder schwierig in dieser Phase sein? Warum glaube sie wird es so sein?
  21. Lassen sie sich abschließend Zeit und denken sie darüber nach wie ihr Kind als Erwachsener sein wird. Welche Hoffnungen und Sorgen haben sie, wenn sie an diese Zeit denken?

## Auswertungsbogen: „Working Model of the Child Interview“

**1** → Die vier Subskalen charakterisieren die qualitativen Eigenschaften der elterlichen Vorstellung über das Kind. Sie sollten inhaltsfrei bewertet werden.

**Detailreichtum in den Erzählungen** (1 – Detailarm, viele ich weiß nicht; bis hin zu 5 – sehr ausführlich und reichhaltig in Einzelheiten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Flexibilität und Offenheit für Veränderungen** (1 – wenig Flexibilität; bis hin zu 5 – sehr hoher Flexibilität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Intensität des Involviertseins und des Bezogenseins** (1 – wenig Intensität; bis hin zu 5 – sehr hoher Intensität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Kohärenz der Erzählung, Logik, Fehlen von Ungereimtheiten, Widersprüchen und Ambivalenzen** (1 – wenig Kohärenz; bis hin zu sehr 5 – hoher Kohärenz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**2** → Inhaltsbezogene Eigenschaften der Beziehungsbeschreibung

**Kindliche Schwierigkeiten** (1 – keine Schwierigkeiten, wenig Probleme; bis hin zu 5 – die Schwierigkeit des Kindes bilden einen Hauptteil, das Kind wird als Last beschrieben)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Sensibilität und Aufmerksamkeit des Elternteils für das Kind** (1 – keine Aufmerksamkeit; bis hin zu 5 – sehr einführend und sensibel)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Akzeptanz des Kindes durch den Elternteil** (1 – keine Akzeptanz; bis hin zu 5 – großer Akzeptanz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängste, Sicherheitsängste und Sorgen des Elternteil um das Kind** (1 – keine Sorgen; bis hin zu 5 – extremen, irrationalen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**3 → Affektive Stimmung der elterlichen Beschreibung über Ihr Kind**

**Freunde** (1 – keine Freude; bis hin zu 5 – sehr viel Freude)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Wut** (1 – keine Wut; bis hin zu 5 – großer Wut)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängstlichkeit** (1 – keine Angst; bis hin zu 5 – extremen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Gleichgültigkeit** (1 – keine Gleichgültigkeit; bis hin zu 5 – großer Gleichgültigkeit)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Schuldgefühle** (1 – keine Schuldgefühle; bis hin zu 5 – sehr starken Schuldgefühlen)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Stolz** (1 – kein Stolz; bis hin zu 5 – großer Stolz)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------

**Enttäuschung** (1 – keine Enttäuschung; bis hin zu 5 – großer Enttäuschung)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------

**4** → Beziehungsebene

Scheint die Beziehung ausgewogen, balanciert, im Gleichgewicht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie unbeteiligt, entfremdet, voneinander entkoppelt?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie verkehrt, verunsichert, Rollen vertauscht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Wie ist es ihnen als Interviewer ergangen? Welche Gefühle haben sie zur Mutter gehabt, welche Gefühle spürten sie, wenn sie sich in das Kind einfühlten? (Reflexion der Identifikation und Gegenübertragung).

## Interviewergebnisse

Interview 1: Lukas P.

**Detailreichtum in den Erzählungen** (1 – Detailarm, viele ich weiß nicht; bis hin zu 5 – sehr ausführlich und reichhaltig in Einzelheiten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Flexibilität und Offenheit für Veränderungen** (1 – wenig Flexibilität; bis hin zu 5 – sehr hoher Flexibilität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Intensität des Involviertseins und des Bezogenseins** (1 – wenig Intensität; bis hin zu 5 – sehr hoher Intensität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Kohärenz der Erzählung, Logik, Fehlen von Ungereimtheiten, Widersprüchen und Ambivalenzen** (1 – wenig Kohärenz; bis hin zu sehr 5 – hoher Kohärenz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Kindliche Schwierigkeiten** (1 – keine Schwierigkeiten, wenig Probleme; bis hin zu 5 – die Schwierigkeit des Kindes bilden einen Hauptteil, das Kind wird als Last beschrieben)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Sensibilität und Aufmerksamkeit des Elternteils für das Kind** (1 – keine Aufmerksamkeit; bis hin zu 5 – sehr einführend und sensibel)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Akzeptanz des Kindes durch den Elternteil** (1 – keine Akzeptanz; bis hin zu 5 – großer Akzeptanz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängste, Sicherheitsängste und Sorgen des Elternteil um das Kind** (1 – keine Sorgen; bis hin zu 5 – extremen, irrationalen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Freunde** (1 – keine Freude; bis hin zu 5 – sehr viel Freude)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Wut** (1 – keine Wut; bis hin zu 5 – großer Wut)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängstlichkeit** (1 – keine Angst; bis hin zu 5 – extremen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Gleichgültigkeit** (1 – keine Gleichgültigkeit; bis hin zu 5 – großer Gleichgültigkeit)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Schuldgefühle** (1 – keine Schuldgefühle; bis hin zu 5 – sehr starken Schuldgefühlen)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Stolz** (1 – kein Stolz; bis hin zu 5 – großer Stolz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Enttäuschung** (1 – keine Enttäuschung; bis hin zu 5 – großer Enttäuschung)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------

Scheint die Beziehung ausgewogen, balanciert, im Gleichgewicht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie unbeteiligt, entfremdet, voneinander entkoppelt?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie verkehrt, verunsichert, Rollen vertauscht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Wie ist es ihnen als Interviewer ergangen? Welche Gefühle haben sie zur Mutter gehabt, welche Gefühle spürten sie, wenn sie sich in das Kind einfühlten? (Reflexion der Identifikation und Gegenübertragung).

Eigene Gefühle: Im Verlauf des Interviews durchweg positiv und entspannt

Gefühle gegenüber der Mutter: Bewunderung, Löwenmutter, Idealmutter

Gefühle aus der Sicht des Kindes: starke Involvierung zur Mutter, Akzeptanz, es bekommt Zuspruch und Vertrauen sich entwickeln zu können, Gedanke aus der Sicht des Kindes: „Ich kann mich immer auf Mama verlassen.“

Anhang

Interview 2. Maja A.

**Detailreichtum in den Erzählungen** (1 – Detailarm, viele ich weiß nicht; bis hin zu 5 – sehr ausführlich und reichhaltig in Einzelheiten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Flexibilität und Offenheit für Veränderungen** (1 – wenig Flexibilität; bis hin zu 5 – sehr hoher Flexibilität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Intensität des Involviertseins und des Bezogenseins** (1 – wenig Intensität; bis hin zu 5 – sehr hoher Intensität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Kohärenz der Erzählung, Logik, Fehlen von Ungereimtheiten, Widersprüchen und Ambivalenzen** (1 – wenig Kohärenz; bis hin zu sehr 5 – hoher Kohärenz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Kindliche Schwierigkeiten** (1 – keine Schwierigkeiten, wenig Probleme; bis hin zu 5 – die Schwierigkeit des Kindes bilden einen Hauptteil, das Kind wird als Last beschrieben)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Sensibilität und Aufmerksamkeit des Elternteils für das Kind** (1 – keine Aufmerksamkeit; bis hin zu 5 – sehr einführend und sensibel)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Akzeptanz des Kindes durch den Elternteil** (1 – keine Akzeptanz; bis hin zu 5 – großer Akzeptanz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängste, Sicherheitsängste und Sorgen des Elternteil um das Kind** (1 – keine Sorgen; bis hin zu 5 – extremen, irrationalen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Freunde** (1 – keine Freude; bis hin zu 5 – sehr viel Freude)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Wut** (1 – keine Wut; bis hin zu 5 – großer Wut)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängstlichkeit** (1 – keine Angst; bis hin zu 5 – extremen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Gleichgültigkeit** (1 – keine Gleichgültigkeit; bis hin zu 5 – großer Gleichgültigkeit)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Schuldgefühle** (1 – keine Schuldgefühle; bis hin zu 5 – sehr starken Schuldgefühlen)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Stolz** (1 – kein Stolz; bis hin zu 5 – großer Stolz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Enttäuschung** (1 – keine Enttäuschung; bis hin zu 5 – großer Enttäuschung)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------

Scheint die Beziehung ausgewogen, balanciert, im Gleichgewicht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie unbeteiligt, entfremdet, voneinander entkoppelt?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie verkehrt, verunsichert, Rollen vertauscht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Wie ist es ihnen als Interviewer ergangen? Welche Gefühle haben sie zur Mutter gehabt, welche Gefühle spürten sie, wenn sie sich in das Kind einfühlten? (Reflexion der Identifikation und Gegenübertragung).

Eigenen Gefühle: Das Interview war sehr erdrückend und wenig Hoffnungsvoll

Gefühle gegenüber der Mutter: Bedauern, Mitleid, aber auch Mut und Bewunderung (Ambivalenz)

Gefühle aus der Sicht des Kindes: wenig Akzeptanz und viel Abneigung, Einsamkeit und Verzweiflung, wenig Liebe von der Mutter, Gedanke aus der Sicht des Kindes: „Warum bin ich eigentlich hier, wenn du mich nicht willst?“

Anhang

Interview 3: Veronika P.

**Detailreichtum in den Erzählungen** (1 – Detailarm, viele ich weiß nicht; bis hin zu 5 – sehr ausführlich und reichhaltig in Einzelheiten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Flexibilität und Offenheit für Veränderungen** (1 – wenig Flexibilität; bis hin zu 5 – sehr hoher Flexibilität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Intensität des Involviertseins und des Bezogenseins** (1 – wenig Intensität; bis hin zu 5 – sehr hoher Intensität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Kohärenz der Erzählung, Logik, Fehlen von Ungereimtheiten, Widersprüchen und Ambivalenzen** (1 – wenig Kohärenz; bis hin zu sehr 5 – hoher Kohärenz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Kindliche Schwierigkeiten** (1 – keine Schwierigkeiten, wenig Probleme; bis hin zu 5 – die Schwierigkeit des Kindes bilden einen Hauptteil, das Kind wird als Last beschrieben)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Sensibilität und Aufmerksamkeit des Elternteils für das Kind** (1 – keine Aufmerksamkeit; bis hin zu 5 – sehr einführend und sensibel)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Akzeptanz des Kindes durch den Elternteil** (1 – keine Akzeptanz; bis hin zu 5 – großer Akzeptanz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängste, Sicherheitsängste und Sorgen des Elternteil um das Kind** (1 – keine Sorgen; bis hin zu 5 – extremen, irrationalen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Freunde** (1 – keine Freude; bis hin zu 5 – sehr viel Freude)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Wut** (1 – keine Wut; bis hin zu 5 – großer Wut)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängstlichkeit** (1 – keine Angst; bis hin zu 5 – extremen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Gleichgültigkeit** (1 – keine Gleichgültigkeit; bis hin zu 5 – großer Gleichgültigkeit)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Schuldgefühle** (1 – keine Schuldgefühle; bis hin zu 5 – sehr starken Schuldgefühlen)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Stolz** (1 – kein Stolz; bis hin zu 5 – großer Stolz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Enttäuschung** (1 – keine Enttäuschung; bis hin zu 5 – großer Enttäuschung)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------

Scheint die Beziehung ausgewogen, balanciert, im Gleichgewicht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie unbeteiligt, entfremdet, voneinander entkoppelt?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie verkehrt, verunsichert, Rollen vertauscht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Wie ist es ihnen als Interviewer ergangen? Welche Gefühle haben sie zur Mutter gehabt, welche Gefühle spürten sie, wenn sie sich in das Kind einfühlten? (Reflexion der Identifikation und Gegenübertragung).

Eigene Gefühle: Verwirrt und kurios. Das Interview war sehr anstrengend

Gefühle gegenüber der Mutter: starke Unsicherheit und große Sorgen, teilweise ein bisschen verrückt, sehr viele Widersprüche

Gefühle aus der Sicht des Kindes: Macht und Einfluss über die eigene Mutter, keinen richtigen Rückhalt, keine Stabilität, sehr viel Unsicherheit, Gedanke aus der Sicht des Kindes: „Mama gehorcht mir und tut alles was ich will.“

Anhang

Interview 4: Anna B.

**Detailreichtum in den Erzählungen** (1 – Detailarm, viele ich weiß nicht; bis hin zu 5 – sehr ausführlich und reichhaltig in Einzelheiten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Flexibilität und Offenheit für Veränderungen** (1 – wenig Flexibilität; bis hin zu 5 – sehr hoher Flexibilität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Intensität des Involviertseins und des Bezogenseins** (1 – wenig Intensität; bis hin zu 5 – sehr hoher Intensität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Kohärenz der Erzählung, Logik, Fehlen von Ungereimtheiten, Widersprüchen und Ambivalenzen** (1 – wenig Kohärenz; bis hin zu sehr 5 – hoher Kohärenz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Kindliche Schwierigkeiten** (1 – keine Schwierigkeiten, wenig Probleme; bis hin zu 5 – die Schwierigkeit des Kindes bilden einen Hauptteil, das Kind wird als Last beschrieben)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Sensibilität und Aufmerksamkeit des Elternteils für das Kind** (1 – keine Aufmerksamkeit; bis hin zu 5 – sehr einführend und sensibel)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Akzeptanz des Kindes durch den Elternteil** (1 – keine Akzeptanz; bis hin zu 5 – großer Akzeptanz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängste, Sicherheitsängste und Sorgen des Elternteil um das Kind** (1 – keine Sorgen; bis hin zu 5 – extremen, irrationalen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Freunde** (1 – keine Freude; bis hin zu 5 – sehr viel Freude)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Wut** (1 – keine Wut; bis hin zu 5 – großer Wut)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängstlichkeit** (1 – keine Angst; bis hin zu 5 – extremen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Gleichgültigkeit** (1 – keine Gleichgültigkeit; bis hin zu 5 – großer Gleichgültigkeit)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Schuldgefühle** (1 – keine Schuldgefühle; bis hin zu 5 – sehr starken Schuldgefühlen)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Stolz** (1 – kein Stolz; bis hin zu 5 – großer Stolz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Enttäuschung** (1 – keine Enttäuschung; bis hin zu 5 – großer Enttäuschung)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------

Scheint die Beziehung ausgewogen, balanciert, im Gleichgewicht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie unbeteiligt, entfremdet, voneinander entkoppelt?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie verkehrt, verunsichert, Rollen vertauscht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Wie ist es ihnen als Interviewer ergangen? Welche Gefühle haben sie zur Mutter gehabt, welche Gefühle spürten sie, wenn sie sich in das Kind einfühlten? (Reflexion der Identifikation und Gegenübertragung).

Eigene Gefühle: offenes, freundliches und angenehmes Gespräch

Gefühle gegenüber der Mutter: Lacht viel und wirkte damit unsicher, der Mutterrolle noch nicht gewachsen, trotzdem sehr aufmerksam, sie versucht ihr Bestes, „Werdende Mutter“

Gefühle aus der Sicht des Kindes: Liebe und Akzeptanz, Fürsorge, Gedanke aus der Sicht des Kindes: „Mama schafft das schon mit mir.“

Anhang

Interview 5: Manuela P.

**Detailreichtum in den Erzählungen** (1 – Detailarm, viele ich weiß nicht; bis hin zu 5 – sehr ausführlich und reichhaltig in Einzelheiten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Flexibilität und Offenheit für Veränderungen** (1 – wenig Flexibilität; bis hin zu 5 – sehr hoher Flexibilität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Intensität des Involviertseins und des Bezogenseins** (1 – wenig Intensität; bis hin zu 5 – sehr hoher Intensität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Kohärenz der Erzählung, Logik, Fehlen von Ungereimtheiten, Widersprüchen und Ambivalenzen** (1 – wenig Kohärenz; bis hin zu sehr 5 – hoher Kohärenz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Kindliche Schwierigkeiten** (1 – keine Schwierigkeiten, wenig Probleme; bis hin zu 5 – die Schwierigkeit des Kindes bilden einen Hauptteil, das Kind wird als Last beschrieben)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Sensibilität und Aufmerksamkeit des Elternteils für das Kind** (1 – keine Aufmerksamkeit; bis hin zu 5 – sehr einführend und sensibel)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Akzeptanz des Kindes durch den Elternteil** (1 – keine Akzeptanz; bis hin zu 5 – großer Akzeptanz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängste, Sicherheitsängste und Sorgen des Elternteil um das Kind** (1 – keine Sorgen; bis hin zu 5 – extremen, irrationalen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Freunde** (1 – keine Freude; bis hin zu 5 – sehr viel Freude)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Wut** (1 – keine Wut; bis hin zu 5 – großer Wut)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängstlichkeit** (1 – keine Angst; bis hin zu 5 – extremen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Gleichgültigkeit** (1 – keine Gleichgültigkeit; bis hin zu 5 – großer Gleichgültigkeit)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Schuldgefühle** (1 – keine Schuldgefühle; bis hin zu 5 – sehr starken Schuldgefühlen)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Stolz** (1 – kein Stolz; bis hin zu 5 – großer Stolz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Enttäuschung** (1 – keine Enttäuschung; bis hin zu 5 – großer Enttäuschung)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------

Scheint die Beziehung ausgewogen, balanciert, im Gleichgewicht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie unbeteiligt, entfremdet, voneinander entkoppelt?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie verkehrt, verunsichert, Rollen vertauscht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Wie ist es ihnen als Interviewer ergangen? Welche Gefühle haben sie zur Mutter gehabt, welche Gefühle spürten sie, wenn sie sich in das Kind einfühlten? (Reflexion der Identifikation und Gegenübertragung).

Eigene Gefühle: entspannte Atmosphäre und angenehmes Interview, sehr viel Vertrauen und Offenheit

Gefühle gegenüber der Mutter: Stärke und Kraft, Bewunderung, tiefe seelische Verbindung zum Kind

Gefühle aus der Sicht des Kindes: große Akzeptanz und tiefe Liebe, viel Rückhalt und Mut für neues und die eigene Entwicklung, Gedanke aus der Sicht des Kindes: „Mama steht hinter mir“

Anhang

Interview 6: Sandra P.

**Detailreichtum in den Erzählungen** (1 – Detailarm, viele ich weiß nicht; bis hin zu 5 – sehr ausführlich und reichhaltig in Einzelheiten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Flexibilität und Offenheit für Veränderungen** (1 – wenig Flexibilität; bis hin zu 5 – sehr hoher Flexibilität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Intensität des Involviertseins und des Bezogenseins** (1 – wenig Intensität; bis hin zu 5 – sehr hoher Intensität)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Kohärenz der Erzählung, Logik, Fehlen von Ungereimtheiten, Widersprüchen und Ambivalenzen** (1 – wenig Kohärenz; bis hin zu sehr 5 – hoher Kohärenz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Kindliche Schwierigkeiten** (1 – keine Schwierigkeiten, wenig Probleme; bis hin zu 5 – die Schwierigkeit des Kindes bilden einen Hauptteil, das Kind wird als Last beschrieben)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Sensibilität und Aufmerksamkeit des Elternteils für das Kind** (1 – keine Aufmerksamkeit; bis hin zu 5 – sehr einführend und sensibel)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Akzeptanz des Kindes durch den Elternteil** (1 – keine Akzeptanz; bis hin zu 5 – großer Akzeptanz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängste, Sicherheitsängste und Sorgen des Elternteil um das Kind** (1 – keine Sorgen; bis hin zu 5 – extremen, irrationalen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Freunde** (1 – keine Freude; bis hin zu 5 – sehr viel Freude)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Wut** (1 – keine Wut; bis hin zu 5 – großer Wut)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ängstlichkeit** (1 – keine Angst; bis hin zu 5 – extremen Ängsten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Gleichgültigkeit** (1 – keine Gleichgültigkeit; bis hin zu 5 – großer Gleichgültigkeit)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Schuldgefühle** (1 – keine Schuldgefühle; bis hin zu 5 – sehr starken Schuldgefühlen)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Stolz** (1 – kein Stolz; bis hin zu 5 – großer Stolz)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Anhang

**Enttäuschung** (1 – keine Enttäuschung; bis hin zu 5 – großer Enttäuschung)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------

Scheint die Beziehung ausgewogen, balanciert, im Gleichgewicht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie unbeteiligt, entfremdet, voneinander entkoppelt?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Scheint sie verkehrt, verunsichert, Rollen vertauscht?

<b>Ja (1)</b>	<b>Nein (2)</b>
---------------	-----------------

Wie ist es ihnen als Interviewer ergangen? Welche Gefühle haben sie zur Mutter gehabt, welche Gefühle spürten sie, wenn sie sich in das Kind einfühlten? (Reflexion der Identifikation und Gegenübertragung).

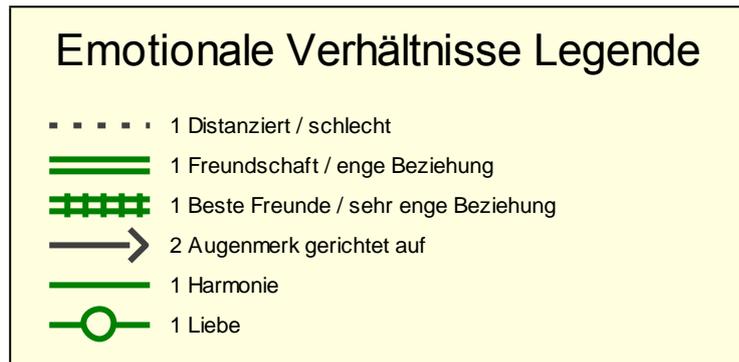
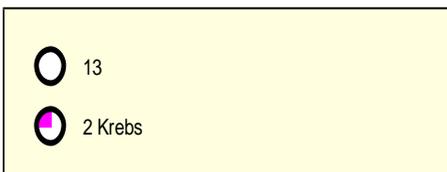
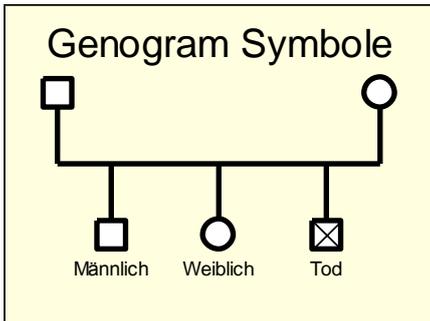
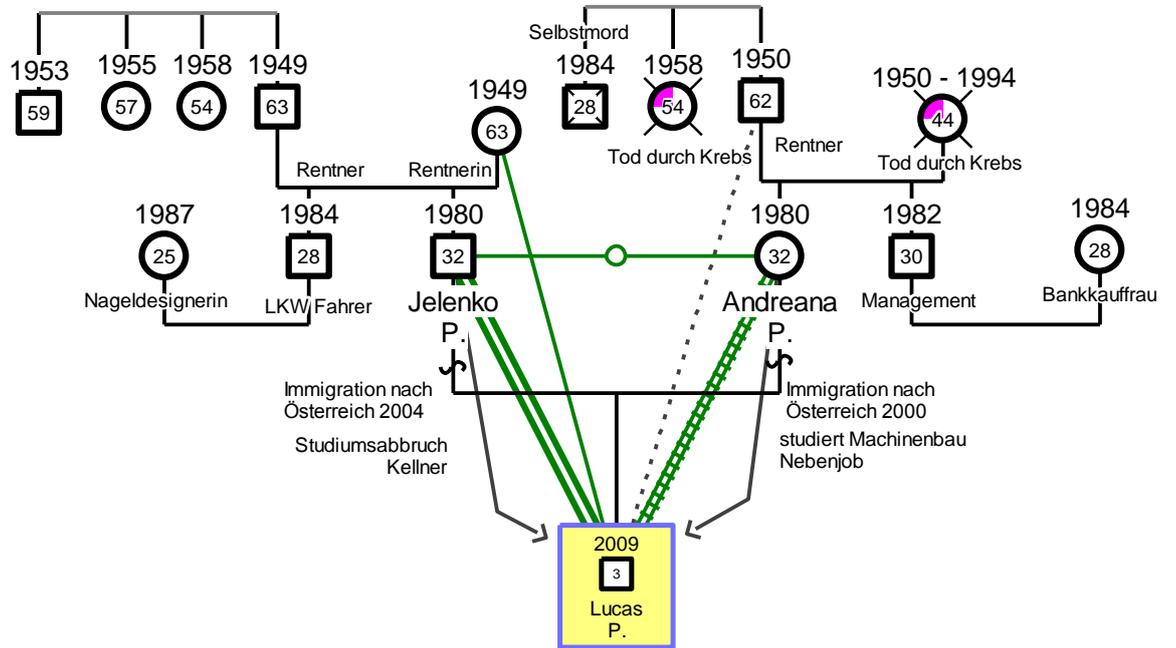
Eigene Gefühle: sehr emotionales Interviews, die Mutter war höchst sensibel

Gefühle gegenüber der Mutter: teilweise unsicher, sie wirkte nicht immer ehrlich zu sich selber, trotzdem sehr liebevoll aber teilweise dem Kind fremd, der Ehemann ist ein Rivale, wenn es um das Kind geht

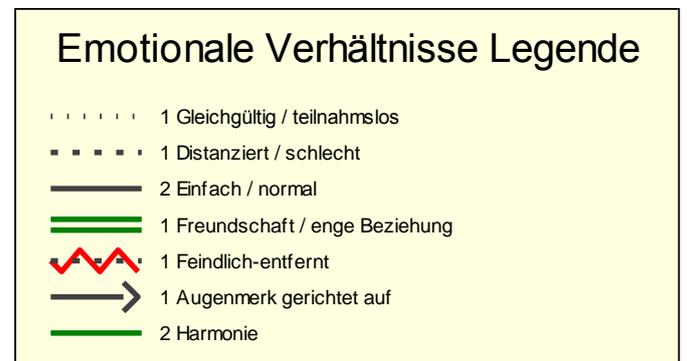
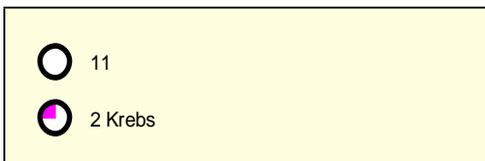
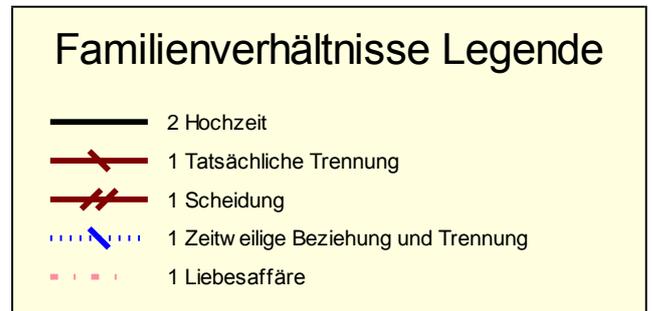
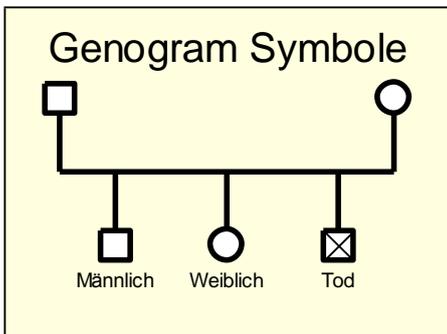
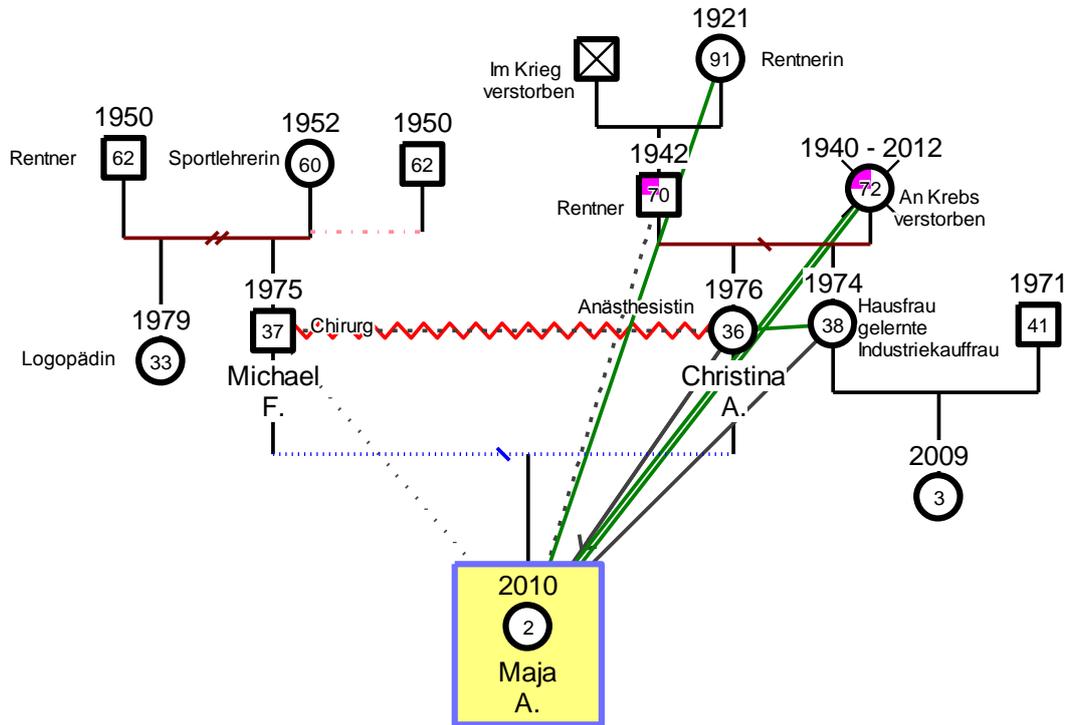
Gefühle aus der Sicht des Kindes: Akzeptanz, teilweise Unsicherheit, Nervosität von Seiten der Mutter, Gedanke aus der Sicht des Kindes: „Papa ist viel einfacher als Mama“

**Hinweis: Die Beurteilung der Beziehungsebene konnte in diesem Interview nicht sicher als ausgewogen bewertet werden und befindet sich knapp an der Grenze zu einer unsicheren Beziehung (Die Auswertung viel persönlich sehr schwer).**

**Genogramm (Abbildung 3 und 4): Lukas P.**



**Genogramm (Abbildung 4 und 5): Maja A.**



Eidesstattliche Erklärung

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich meine Bachelorarbeit ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die benutzten Quellen dementsprechend kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit hat in gleicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Aachen, den 30.11.2012

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgelegte Bachelorarbeit in der Bibliothek eingestellt wird, falls sie mindestens mit der Note „gut“ bewertet wird.

Aachen, den 30.11.12