Psychosoziale Faktoren bei sehr kleinen Frühgeborenen mit Essstörung

–

eine qualitativ-quantitative Studie

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Humanbiologie
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Kathrin Müller, geb. Tamble
aus Wadern

Gießen 2014

Aus dem
Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin,
Abteilung Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie
der Justus-Liebig-Universität Gießen

Leiter: Prof. Dr. K.-P. Zimmer

Gutachter: Prof. Dr. med. Burkhard Brosig
Gutachter: Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Tag der Disputation: 10. Dezember 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung **1**

2. Theoretische Grundlagen **3**

2.1 Psychosomatische Faktoren bei Frühgeburtlichkeit 3

2.2 Psychosoziale Faktoren bei Frühgeburtlichkeit 4

2.3 Somatische Komplikationen und psychosoziale Folgen der Frühgeburtlichkeit 5

2.3.1 Somatische Komplikationen bei Frühgeborenen 5

2.3.2 Psychosoziale Folgen der Frühgeburtlichkeit bei den Eltern 9

2.4 Kindliche Essstörungen 14

2.4.1 Definition von kindlichen Essstörungen 15

2.4.1.1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) 15

2.4.1.2 Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders in Infancy and Early Childhood: Revised Edition – DC:0-3R 16

2.4.1.3 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 17

2.4.2 Ursachen von kindlichen Essstörungen 19

2.4.2.1 Mutter-Kind-Interaktion 19

2.4.2.2 Familiäre Ursachen 22

2.4.2.3 Maternale Ursachen 23

2.4.2.4 Auswirkungen frühkindlicher Essstörungen auf Essstörungen in der Adoleszenz und dem jungen Erwachsenenalter 25

2.4.3 Essstörungen und Frühgeborene 25

3. Methoden 28

3.1 Forschungsfragen 28

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien 29

3.3 Teilnehmer 30

3.4 Datenerhebung 31

3.5 Fragebogenbatterie 32

3.5.1 Anamnesebogen 33

3.5.2 Fragebogen zur Essstörung bei Frühgeborenen 34

3.5.3 Infant Characteristic Questionnaire 34

3.5.4 Adult Attachment Scale 35
3.5.5 Hospital Anxiety and Depression Scale – deutsche Version 35
3.5.6 Toronto-Alexithymie-Skala-26 36
3.5.7 Allgemeine Familienbögen 37
3.5.8 Statistische Auswertung 37
4. Ergebnisse 39
4.1 Probanden 39
4.2 Eltern der Probanden 41
4.3 Essstörung zu den einzelnen Messzeitpunkten 42
4.5.1 Psychosoziale Belastung von Eltern mit essgestörten Frühgeborenen 49
4.5.1.1 Übersicht der Häufigkeit von Essstörungen bis Messzeitpunkt T3 50
4.5.1.2 Psychosoziale Belastung der Mütter zum Messzeitpunkt T0 50
4.5.1.3 Univariate Varianzanalyse zur psychosozialen Belastung der Mütter zum Messzeitpunkt T0 52
4.5.1.4 Psychosoziale Belastung der Väter zum Messzeitpunkt T0 53
4.5.1.5 Univariate Varianzanalyse zur psychosozialen Belastung der Väter zum Messzeitpunkt T0 55
4.5.1.6 Zusammenhänge von Essstörung und Perzentile 55
4.6 Entstehungszeitpunkt einer Essstörung bei Frühgeborenen der Untersuchungsgruppe. 56
4.6.1 Häufigkeitsverteilung der Essstörungen 56
4.6.2 Psychosoziale Belastung der Mütter zum Messzeitpunkt T2 56
4.6.3 Univariate Varianzanalyse zur psychosozialen Belastung der Mütter zum Messzeitpunkt T2 58
4.6.4 Psychosoziale Belastung der Väter zum Messzeitpunkt T2 58
4.6.5 Univariate Varianzanalyse zur psychosozialen Belastung der Väter zum Messzeitpunkt T2 60
4.7 Temperamentseinschätzung durch die Eltern und Vergleich zur Eichstichprobe 61
4.7.1 Mittelwerte und Standardabweichungen der Einschätzung des kindlichen Temperaments der Mütter 61

4.7.2 Univariate Varianzanalyse der Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Mütter 62

4.7.3 Mittelwerte und Standardabweichungen der Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Väter 62

4.7.4 Univariate Varianzanalyse der Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Väter 63

4.7.5 Temperamentsbeschreibung der Eltern über die Messzeitpunkte hinweg 63

4.7.6 Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Untersuchungsgruppe im Vergleich zur Eichstichprobe 70

4.7.7 Soziale Erwünschtheit und Abwehr im Antwortverhalten 71

5. Einzelfalldarstellung 72

6. Diskussion 79

6.1 Entwicklung von Essstörungen bei Frühgeborenen und die psychosoziale Belastung bei den Eltern 79

6.2 Entwicklung einer Essstörung zum Zeitpunkt der Individuation und Separation des Kindes 80

6.3 Temperamentseinschätzung der Frühgeborenen 81

6.4 Psychosoziale Belastung der Untersuchungsgruppe 82

6.5 Entwicklung einer Essstörung zum Messzeitpunkt T2 84

6.6 Einschätzung des Temperaments 85

6.7 Stärken und Limitationen der Studie 87

6.8 Klinische Implikationen 88

7. Zusammenfassung 90

7.1 Deutsche Zusammenfassung 90

7.2 Summary 91

8. Abkürzungsverzeichnis 93

9. Abbildungsverzeichnis 94

10. Tabellenverzeichnis 95

11. Literaturverzeichnis 97

12. Anhang 108

13. Erklärung zur Dissertation 147

14. Danksagung 148

1. Einleitung

Aktuell ist die Anzahl der Frühgeborenen seit dem Jahr 2000 deutlich von 4,5% auf 7,7% gestiegen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014). Die Gründe hierfür sind sowohl aus somatischer als auch aus psychosomatischer Sicht sehr komplex und multifaktoriell zu betrachten (von der Wense & Bindt, 2013). Eine Reihe von Untersuchungen zeigt den Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungen und Frühgeburtlichkeit bei der Mutter. So konnten schwangerschaftsbezogene Ängste, Lifeevents, Depressionen, Partnerkonflikte, ein fehlendes soziales Netzwerk, Stress und Drogenabusus mit der Entbindung einer Frühgeburt in Verbindung gebracht werden. (Copper et al., 1993; Dole et al., 2003; Grote et al., 2010; Hayatbakhsh et al., 2012; Lou et al., 1992; Mutale, Creed, Maresh und Hunt, 1991; Nordentoft et al., 1996; Oei, Abdel-Latif, Clark, Craig und Lui, 2010; Orr, Reiter, Blazer und James, 2007; Pawlby, Hay, Sharp, Waters und O'Keane, 2009; Rauchfuß und Gauger, 2003)

Neben den Theorien zur Ursache von Frühgeburtlichkeit ist es vorstellbar, dass das tatsächliche Erleben einer Frühgeburt und die dadurch bedingten Ängste um das Überleben des Kindes als eine psychosoziale Belastung für die Eltern gesehen werden kann (von der Wense & Blindt, 2013). Die Studie von Flacking und Kollegen (2006) verdeutlicht die multiplen Probleme der Eltern und deren Belastungen situiert um die intensivmedizinische Betreuung und Frühgeburtlichkeit des Kindes. Fütterproblematiken und Essstörungen stellen ein weit verbreitetes Problem in der stationären Vorstellung eines Kindes dar (Lloyd, Pursall und Emery, 1980; Wurmser und Papoušek, 2010). Frühgeborene sind in diesem Kontext speziell in den Fokus zu nehmen, da sie im Gegensatz zu regelgerecht entwickelten Säuglingen ein Defizit in der Ausbildung des Hunger- und Sättigungsgefühls haben. Dieser Lernprozess, also die Koordination von Atmung, Nahrungsaufnahme, Schlucken und Körperhaltung, scheint wegen der allgemeinen Unreife eine besondere Problematik darzustellen (Sarimski, 2000). Neben somatischen Erklärungsmodellen wurden auch die interaktionsbedingten Essstörungen von Frühgeborenen in den letzten Jahren in den Fokus der wissenschaftlichen Untersuchungen gerückt. So zeigen sich Auffälligkeiten in der konkreten Szene der Nahrungsgabe durch die Betreuungsperson und Nahrungsaufnahme durch das Kind sowie deren notwendigen Kompetenzen (Bucher, 2001; den Boer, 2013; Grass, 2012). Darüber hinaus wurden auch die Belastungen von

Eltern mit essgestörten Frühgeborenen untersucht (Pierrehumbert et al., 2003; Drewett, 2004). Insgesamt ist jedoch die Datenlage zu Essstörungen bei Frühgeborenen und deren Verursachung durch Interaktionsstörungen aufgrund von elterlichen Belastungen noch nicht hinreichend untersucht.

1. Einleitung

Vor dem Hintergrund des Erlebens der Eltern einer Frühgeburt und allen damit verbundenen Belastungen sowie der zusätzlichen Ausbildung einer Essstörung bei einem Frühgeborenen, soll die folgende Studie Aufschlüsse über die psychosozialen Belastungsfelder der Eltern von essgestörten Frühgeborenen herausarbeiten. Darüber hinaus soll insbesondere der Zeitraum der Individuation und Seperation untersucht werden, bei dem die Frühgeborenen sich durch ihre erweiterten motorischen Fähigkeiten nach und nach von einer passiven Nahrungsaufnahme in eine aktive Nahrungsaufnahme wandeln. Gerade in dieser Phase werden zunehmende psychosoziale Belastungen bei den Eltern erwartet, die aus einem Zusammenspiel der prä- und postnatal bedingten Belastungen sowie einer weiterführenden Beeinflussung durch Interaktion mit dem Kind entstehen können und die im Kontext einer sich ausbildenden oder bestehenden Essstörung diese ungünstig beeinflussen.

2. Theoretische Grundlagen

Einführend in die Thematik wird zunächst auf die pränatalen psychosomatischen und psychosozialen Faktoren einer Frühgeburtlichkeit eingegangen. Daran anschließend erfolgt ein kurzer Überblick über die somatischen Komplikationen bei Frühgeborenen, um dann ausführlich auf die psychosoziale Belastung der Eltern als Folge des Erlebens einer Frühgeburt einzugehen. Dies als Basis nehmend, wird zunächst ein Überblick über kindliche Essstörungen und deren Definition gegeben, um dann detailliert die Ursachen von kindlichen Essstörungen und die spezielle Thematik bei Frühgeborenen aufzuzeigen.

2.1 Psychosomatische Faktoren bei Frühgeburtlichkeit

Die Zahl der Frühgeborenen in Deutschland ist seit dem Jahr 2000 bis 2012 prozentual deutlich gestiegen. Während es 2000 noch 4,5% der lebendgeborenen Säuglinge waren, wurden 2012 7,7% der Lebendgeborenen mit der Diagnose des ICD-10 „P07 Störung in Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert“ statistisch erfasst (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014). Grundsätzlich sind die Ursachen einer Frühgeburt ein Zusammenspiel aus mehreren Faktoren, wobei die Entscheidung, den Geburtsvorgang einzuleiten bzw. eine schwangerschaftserhaltende Therapie zu terminieren, letztlich immer im ärztlichen Ermessen des betreuenden Gynäkologen liegt. Die in Deutschland angewandte medizinische Leitlinie formuliert dazu, dass die rechtlichen Fragen der Behandlung extrem Frühgeborener sich im Spannungsfeld zwischen Lebensrecht des Kindes, ärztlichem Heilauftrag, Elternwille und Kindeswohl bewegen. Dies verdeutlicht, dass neben den klinisch und apparativ messbaren Organparametern der Schwangeren und des Feten, die Interaktion zwischen werdender Mutter und gynäkologischem Team eine entscheidende Rolle spielt – mit allen intra- und interpsychischen Konflikten der beteiligten Individuen und aller Gruppendynamik, die dabei eine Rolle spielen dürfte (AWMF, 2014). Bezüglich der rein organischen Faktoren kommt es bei 25% der Frühgebärenden zu einem vorzeitigen Blasensprung, bei 45% zu vorzeitig einsetzenden Wehen und bei 30% zu einer Amnioninfektion. Zu den maternalen Ursachen zählen zudem „Schwäche des Muttermundverschlusses (Zervixinsuffizienz), geringer zeitlicher Abstand zu vorangehender Schwangerschaft, Schwangerschaftsgestose, Präeklampsie, Eklampsie, HELLP-Syndrom (Hämolyse, erhöhte Leberwerte, niedrige Blutplättchen)“ (von der Wense & Bindt, 2013, S. 30). Als weitere somatische Ursachen einer Frühgeburt gelten Probleme mit der Plazenta, wie bspw. Plazentainsuffizienz und fetale Probleme, wie bspw. Mehrlingsschwangerschaften. Wie schon erwähnt, sind aber auch

psychosoziale Faktoren wie das Lebensalter der Mutter, Stressbelastung, psychisch oder sozioökonomisch bedingt, nicht zu vernachlässigende Kriterien für eine vermeintliche Geburtsindikation (von der Wense & Bindt, 2013). In Bezug auf das Lebensalter der Mutter lässt sich festhalten, dass dies sowohl bei einem jungen Alter zwischen 12 und 19 Jahren als auch bei älteren erstgebärenden Schwangeren das Risiko einer Frühgeburt steigert, zumal letzteres häufiger mit Hypertension und dem Fehlen der natürlichen Befruchtung als weitere Risikofaktoren in Verbindung steht (Delbaere et al., 2007; Shrim et al., 2011). Daneben sind auch der Abusus von Drogen wie „Nikotin, Alkohol und illegale[n] Drogen“ (von der Wense & Bindt, 2013, S. 32) und maternale Depressionen, Ängste und Konflikte mit dem Partner als psychosomatische Risikofaktoren bekannt, die sich ungünstig auf die Risikoanteile der Hormone und Neurotransmitter auswirken (von Wense & Bindt, 2013).

Bei Müttern von Frühgeborenen werden infektiologisch bedeutsame Parameter beobachtet, die sowohl somatischer als auch psychologischer Genese - bedingt durch Stressempfinden und soziale Herkunft - sein können (von der Wense & Bindt, 2013). So fanden Coussons-Read und Kollegen (2005), dass Frauen, die ein *hohes Maß* an Unterstützung und Selbstwirksamkeit während der Schwangerschaft angeben, gleichzeitig einen *geringeren* Stresslevel nach Selbstauskunft haben, während erhöhte Werte im Bereich des Stresses mit höheren Infektionswerten korrelieren.

Der Stress bei einer Schwangeren führt zum Anstieg des Corticotropin-releasing Hormons (kurz CRH), welches durch seine Wirkweise verantwortlich für eine Frühgeburt sein kann. McLean et al. (1995) zeigen, dass die CRH-Konzentration bei frühgebärenden Frauen höher ist als in der Vergleichsgruppe.

2.2 Psychosoziale Faktoren bei Frühgeburtlichkeit

Orr, Reiter, Blazer und James (2007) *fanden* bei ihrer Untersuchung in Baltimore, dass ein hohes Maß schwangerschaftsbezogener Ängste signifikant mit einem höheren Risiko einer Frühgeburt einhergeht. Darüber hinaus ließ sich ein dreifach erhöhtes Risiko einer spontanen Frühgeburt bei Frauen mit den höchsten Angst-Scores ermitteln. Dole et al. (2003) bestätigten den Zusammenhang von schwangerschaftsbezogenen Ängsten und Frühgeburt und zeigen zudem, dass viele negative Lifeevents ebenfalls mit einer Frühgeburt zusammenhängen können.

Grote et al. (2010) *zeigen* in ihrer Meta-Analyse zu maternalen Depressionen und Frühgeburtlichkeit, dass pränatale Depression signifikant mit einer Frühgeburt assoziiert ist. Die Studie von Pawlby, Hay, Sharp, Waters und O‘Keane (2009) verdeutlicht, dass

Depressivität während der Schwangerschaft größtenteils konstant, jedoch in periodischen Phasen, bis in das Jugendlichenalter des Kindes bei der Mutter bleibt. Auch 14,2% der Kinder von depressiven Müttern zeigen im Alter von 16 Jahren Symptome einer Depression, wobei der Anteil der Mädchen höher als der der Jungen liegt. Von den 14,2% hatten ein Drittel der Jugendlichen Suizidpläne oder –versuche angegeben.
Zu den psychosozialen Faktoren einer Frühgeburt zählen zudem ein fehlendes weibliches Netzwerk der Unterstützung und emotionales Unverständnis des Partners. Die Beziehung zum Partner scheint jedoch nicht nur einen negativen, sondern auch einen protektiven Effekt zu haben, da eine als *ideal empfundene* Partnerschaft vor einer Frühgeburt schützen kann (Rauchfuß und Gauger, 2003).
Darüber hinaus zeigen Studien, dass Frühgeburten mit stressbehafteten Ereignissen und Lifeevents, einem fehlenden Zusammenleben mit dem Partner und sexuellen Problemen, dem Fehlen einer Vertrauensperson und hohem Stress, der mit Nikotin- und Alkoholkonsum einhergeht, in Zusammenhang stehen können (Copper et al., 1993; Lou et al., 1992; Mutale, Creed, Maresh und Hunt, 1991; Nordentoft et al., 1996). Cannabiskonsum während der Schwangerschaft und der Missbrauch von Amphetaminen steigern ebenfalls das Risiko, eine Frühgeburt zu erleben (Hayatbakhsh et al., 2012; Oei, Abdel-Latif, Clark, Craig und Lui, 2010).

2.3 Somatische Komplikationen und psychosoziale Folgen der Frühgeburtlichkeit

Um die Dimension der Frühgeburtlichkeit und deren Folgen für das Überleben und die Entwicklung des Kindes zu verdeutlichen, werden zunächst die typischen Komplikationen bei Frühgeburtlichkeit mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 Gramm beschrieben. Aus dieser Schilderung wird dann das Erleben der Eltern während der stationären Versorgung des Frühgeborenen, die psychosoziale Belastung der Mutter, des Vaters und der Eltern zusammengefasst, und nach der stationären Versorgung sowie deren Auswirkungen im Verlauf gezeigt.

2.3.1 Somatische Komplikationen bei Frühgeborenen

Die Unreife der Lunge mit der Folge des Atemnotsyndroms, welches mit zunehmendem Gestationsalter in der Wahrscheinlichkeit auf nur noch 10% in der 34. Schwangerschaftswoche abnimmt, ist eine häufige Komplikation bei Frühgeborenen. So wird

bei drohender Frühgeburt diese möglichst lange medikamentös aufgeschoben, um die Schwangere möglichst lange mit hochdosiertem Kortison (Betamethason) behandeln zu können, welches im ungeborenen Feten ab der 24. Schwangerschaftswoche eine vorzeitige Lungenreife induziert (weshalb auch Frühgeborene vor der 24. Schwangerschaftswoche nicht überlebensfähig sind). Dennoch ist nach einer Frühgeburt meist eine sofortige maschinelle Beatmung des Neugeborenen mit begleitender Therapie mit künstlichem, über den Intubationstubus zu verabreichenden Surfactant nötig, welcher von den Pneumozyten des Neugeborenen noch nicht in ausreichender Menge produziert wird und für die Entfaltbarkeit der Lunge essentiell ist. Ebenfalls Folge des unreifen Lungensystems sind vermehrte Atempausen (Apnoephasen) beim Frühgeborenen, welche zu verminderter Herzfrequenz (und damit auch verminderter Blutzirkulation) und in der Folge zu Hypoxie (verringerter Sauerstoffsättigung des Blutes) führen. Diese Abfolge wird Apnoe-Bradykardie-Syndrom genannt und kann einen Sauerstoffmangel im Gehirn evozieren, was schwere kognitive Schäden und Entwicklungsstörungen nach sich zieht. Kann das Apnoe-Bradykardie-Syndrom nicht durch *eine medikamentöse Therapie*, z.B. mit Koffein behandelt werden, so wird das Frühgeborene weiterer maschineller Beatmung unterzogen (von der Wense & Bindt, 2013).

Auch das Herz-Kreislauf-System ist bei Frühgeborenen nur unzureichend entwickelt. So ist die Durchblutung der Lunge intrauterin nur zum Zwecke der Nähr- und Sauerstoffversorgung des Organs nötig. Deshalb fließt der größte Teil des sauerstoffreichen Blutes, welches über die Vena umbilicalis von der mütterlichen Plazenta kommt, über das offene Foramen ovale (zwischen rechtem und linken Herzvorhof) und den Ductus arteriosus Botalli (einer Kurzschlussverbindung zwischen Lungenarterie und Aorta) sozusagen an der Lunge vorbei direkt in den Körperkreislauf. Nach der Entbindung ist es notwendig, dass die Lunge durchblutet wird und das Formen ovale und der Ductus Botalli müssen sich daher verschließen. Aufgrund des noch unreifen Systems findet der Verschluss bei Frühgeborenen nicht so automatisch statt wie bei Reifgeborenen. Dies führt dazu, dass ein großer Teil des Blutes weiterhin an der Lunge vorbeifließt, und aber aufgrund des Wegfalls der mütterlichen Plazenta weder von dieser, noch von der Lunge mit Sauerstoff angereichert wird. Folglich kommt es entweder zu mangelnder Sauerstoffversorgung der Organe und/oder zu einer enormen Überbelastung des Herzmuskels, welcher in einer körperlichen Kompensationsmaßnahme (vermittelt durch diverse Hormone und Neurotransmitter) versucht, möglichst viel Blut pro Zeit durch die Lunge zu pumpen, um dieses dennoch ausreichend mit Sauerstoff anzureichern. Als erste Therapieoption gilt in diesem Fall die medikamentöse Therapie mit Cyclooxygenasehemmern. Ist diese jedoch nicht erfolgreich, so

wird der Verschluss durch eine radiologische Intervention oder Operation vorgenommen (von der Wense & Bindt, 2013).

Hirnblutungen sind ebenfalls Folge der Frühgeburtlichkeit und treten bei ca. 25% der Frühgeborenen auf. Sie werden in verschiedene Grade unterteilt (I-IV) und können sowohl einseitig als auch beidseitig auftreten. Als Folge von Hirnblutungen gelten Krampfanfälle oder auch der Tod des Frühgeborenen (von der Wense & Bindt, 2013).

Zu den hirnorganischen Komplikationen zählt auch die prä- oder postnatal aufgrund von Sauerstoffmangel entstehende periventrikuläre Leukomalazie, womit eine Schädigung und Zystenbildung in der weißen Hirnsubstanz um die hinteren und seitlichen Seitenventrikel gemeint ist. Die Auftretenswahrscheinlichkeit liegt bei 2-5% der Frühgeborenen. Folge dieser Komplikation sind Entwicklungsstörungen der Motorik bis hin zu einer Tetraparese sowie auch kognitive Einschränkungen. Die periventrikuläre Leukomalazie ist derzeit nur im Sinne einer Frühförderung zu bessern, nicht jedoch kurativ behandelbar (von der Wense & Bindt, 2013).

Auch das Immunsystem des Frühgeborenen ist über das ohnehin unreife Immunsystem des Reifgeborenen hinaus unreif und deshalb besonders anfällig für Infektionen (90% der Frühgeborenen), die über die Haut, oral, oder durch medizinische Versorgungsinstrumente wie den Katheter oder Tubus in den Körper gelangen können. Im schlimmsten Fall kann eine Infektion im Rahmen eines FIRS (fetal inflammatory response syndrome), ähnlich wie bei einer Sepsis/SIRS des Erwachsenen, zum Tod führen. Führt eine Infektion zu einer Enzephalitis, Meningitis oder Meningoenzephalitis, so kann dies die mentale und/oder sensomotorische Entwicklung beeinträchtigen (von der Wense & Bindt, 2013).

Der Magen-Darm-Trakt des Frühgeborenen ist ebenfalls noch unreif. Um dem Körper die zum Überleben wichtigen Nährstoffe in ausreichender Menge zuzuführen, werden die Frühgeborenen häufig mit parenteraler Ernährung (mittels Venenkatheter) versorgt, oder mit einer Magensonde sondiert – je nachdem, ob es sich eher um ein Schluckproblem oder ein Verdauungs- und Absorptionsproblem handelt. Die nekrotisierende Enterokolitis (Entzündung und Absterben des Darmes) ist eine Komplikation des unreifen Magen-Darm-Trakts, deren Entstehung durch mehrere Faktoren bedingt zu sein scheint und bei 2 bis 8% der Frühgeborenen auftritt. Genügt das Absetzen der über den Magen-Darm-Trakt (d.h. enteral) zugeführten Nahrung und eine Antibiotikagabe nicht, um eine schlimme Darmentzündung mit Absterben des Darmes (Nekrose) zu verhindern, so muss das Frühgeborene operiert werden.

Nicht selten wird dann zur Entlastung des Systems für einige Zeit ein künstlicher Darmausgang angelegt und es bleibt in einigen Fällen nicht nur bei einer Operation (von der Wense & Bindt, 2013).

Eine Schädigung des Sinnesorgans Auge (bis hin zu Erblindung) kann sich bei 1 bis 3% der Frühgeborenen durch eine Retinopathie (d.h. Schädigung der Netzhaut) aufgrund fehlender Netzhautgefäße erkennbar machen. Die mangelnde Ausbildung von Blutgefäßen in der Netzhaut wird durch eine Überdosis des Sauerstoffs im Rahmen der Beatmungstherapie verursacht. Die Beschreibung der Beeinträchtigung erfolgt in Stadien und ist je nach Schweregrad operativ therapiebedürftig. Neben dem Auge kann auch das Ohr beispielsweise durch Nebenwirkungen von Medikamenten, bakterielle oder virale Infektionen, aber auch durch die erhöhte Geräuschbelastung durch die intensivmedizinische Versorgung in seiner Funktion beeinträchtigt werden. Ohne eine adäquate Therapie der verminderten Hörfähigkeit (z.B. mittels Hörgerät) kann die sprachliche Entwicklung ausbleiben oder beeinträchtigt sein. Bei Frühgeborenen ist das Risiko einer Hörstörung um das zehnfache erhöht (von der Wense & Bindt, 2013).

Zusammenfassend kann man sagen, dass häufig die medizinische Behandlung einer Komplikation der Frühgeburtlichkeit zu einer Vielzahl anderer medizinischer Probleme und späteren geistigen und körperlichen Behinderungen führt. So kann die Behandlung schwerer Infektionen aufgrund des unreifen Verdauungsapparates zu Hörstörungen und zu daraus folgenden Sprachentwicklungsstörungen führen. Oder eine Beatmungstherapie aufgrund unreifer Lungenverhältnisse oder eines unreifen Herz-Kreislaufsystems kann zur Sehminderung bis hin zur Blindheit führen. Oft sind die medizinischen Zusammenhänge dabei so komplex, dass sie den besorgten Eltern auch unter sehr hohem Zeitaufwand mangels fehlender Vorkenntnisse nicht ausreichend verdeutlicht werden können. Im Sinne einer sogenannten Laienätiologie fühlen sich Eltern dann leicht verleitet, sich medizinische Komplikationen durch Inkompetenz auf Seiten des Behandlungsteams zu erklären, da die medizinischen Zusammenhänge zu schwer vermittelbar sind. Dies kann zu erheblichen Spannungen zwischen Eltern und Behandlungsteam führen, was zu einer mangelnden Annahme des Säuglings durch die primären Bezugspersonen (Eltern, Pflege) und damit auch zu einer Unterversorgung führen kann. Durch eine ebenso komplexe Rechtslage, in der die Eltern zwar prinzipiell über die Behandlung ihres Kindes zu entscheiden haben, das ärztliche Team jedoch gleichzeitig verpflichtet ist, gegen den Wunsch der Eltern zu handeln, wenn dieser dem wohlverstandenen Interesse des Kindes entgegensteht, wird solch eine Situation häufig noch aggraviert. Somit spannt sich der Bogen von vornehmlich organischen Problemen

der Frühgeburtlichkeit hin zu den im engeren Sinne (familien)psychosomatischen und systemischen Konflikten im Sinne eines mehrdimensionalen Körper-Seele-Verständnisses (Meissner, 2006).

2.3.2 Psychosoziale Folgen der Frühgeburtlichkeit bei den Eltern

Aufgrund der beschriebenen Komplikationen, die Eltern von Frühgeborenen während der stationären Versorgung des Kindes erleben können, entstehen Probleme in vielfältigen Bereichen. Sie führen zur psychischen Belastung und emotionalen Krisen bei den Eltern, die vor allem mit dem Thema Existenz und Zukunft verbunden sind. (von der Wense & Blindt, 2013)

Flacking, Ewald, Nyqvist und Starrin (2006) zeigen durch eine Interview-Studie eindrücklich das Erleben von Eltern und insbesondere Müttern von Frühgeborenen. Zum einen beschreiben die Eltern der Studie, dass ihre Vorstellung über das Schwangersein durch das frühe Ende zerstört wurde. Die Entbindung wird wie ein Verlust wahrgenommen und es entsteht Trauer über das nicht Erlebte, aber Vorgestellte. Daraus folgert sich zum einen ein Gefühl, die Rolle als Mutter oder Eltern anzunehmen und zum anderen ist es insbesondere für die Mutter schwierig zu realisieren, dass das nun in der intensivmedizinischen Betreuung befindliche Baby auch wirklich *ihres* ist. Aufgrund der von der Mutter entfernten Versorgung innerhalb des stationären Rahmens haben die Mütter das Gefühl, dass ihnen etwas an Bindung zwischen ihnen und ihrem Kind verloren geht. Oftmals ist es nicht das Baby, welches sie als erstes sehen, sondern ein Foto. Der erste Kontakt zum Kind ist mitunter durch die intensivmedizinische Versorgung und deren lebenserhaltende Maschinen beeinträchtigt. In diesem Umfeld und der Ungewissheit, ob das Baby überleben wird, ist es schwierig, sich dem Kind anzunehmen, da Eltern oftmals den möglichen Tod des Kindes präsent haben. Diese schwierige Situation impliziert ein emotionales Chaos, welches von Ängstlichkeit, Enttäuschung, Wortlosigkeit, Traurigkeit oder Versagensgefühlen geprägt ist. Und genau dies macht die Schwierigkeit aus, die Betroffenen sind zwar physisch gesehen in der Eltern- oder Mütterrolle, aber sie sind es nicht automatisch auch aus einer sozialen oder emotionalen Perspektive. Dies erschwert die Kontaktaufnahme zum Kind, was sich häufig in Berührungsängsten ausdrückt. All diese Faktoren vermitteln oftmals den Eindruck von emotionaler Distanz der Eltern, aus Sicht der medizinisch Betreuenden, da sie sich von allen Eindrücken wie erstarrt fühlen. Vielen fällt es gerade in dieser Zeit schwer, in Kontakt mit Familie und Freunden zu treten. Die Berichte über den unsicheren Zustand des Kindes und das Nicht-nachvollziehen-können durch sie stellt eine Belastung dar, die durch das

Krankenhauspersonal aufgefangen werden muss. Die bereits angesprochene Trennung von Mutter und Kind und das Fehlen der eigenständigen Pflege führt oftmals zu einem Gefühl bei den Müttern, dass sie nicht gebraucht werden und eher eine beobachtende Rolle einnehmen. Jede Mutter reagiert anders in dieser Situation, aber es kommt vor, dass die einzige Verarbeitungsstrategie der Rückzug aus dieser Situation ist, manchmal auch, weil man seine Wünsche und Gefühle nicht äußern kann. Gerade das Gefühl nutzlos zu sein ändert sich, wenn die Mütter zum ersten Mal Hautkontakt mit den Kindern durch das Känguruhen erleben. Nun haben sie das Gefühl, etwas für ihr Kind tun zu können. Sie können dadurch und durch eventuelles Stillen in eine dyadische Reziprozität mit dem Kind treten, ein Gefühl, welches die Bindung zwischen Mutter und Kind fördert. Gerade die Stillversuche geben den Müttern einen Eindruck von Selbstständigkeit, da das zeitliche Management in allen anderen Bereichen von den Pflegekräften und Ärzten bestimmt wird. Sarimski (1993) beschreibt ebenfalls die von Flacking et al. (2006) dargestellten Beobachtungen und zeigt zusätzlich, dass die Mütter entlassener Frühgeborener oftmals Symptome einer Depressivität und auch Wut über das sich so vollzogene Schicksal zeigen. Zudem bestätigt die Studie von Carter, Mulder, Bartram und Darlow (2005) die erhöhten Depressionsscores bei betroffenen Müttern. Wilkie und Deligiannidis (2014) wenden dazu, bei ähnlichen Ergebnissen, jedoch kritisch ein, dass sämtliche Forschung zu diesem Thema bisher nicht erklären konnte, ob erhöhte pränatale Angst- und Depressionswerte zu einer traumatischen Geburt bzw. Frühgeburt geführt haben, oder ob erhöhte Werte in diesen Bereichen durch das Lifeevent verursacht wurden. Folglich handelt es sich um eine Beschreibung von Korrelationen, ohne dadurch eine Kausalität festgestellt zu haben (Wilkie und Deligiannidis, 2014). Zu der nicht vorhandenen Möglichkeit der Versorgung des Kindes und den beschriebenen Vorwürfen in dieser Krisensituation, kommt erschwerend die Fülle von medizinischen Begriffen und deren Folgen für den kindlichen Zustand sowie die Schwierigkeit, dies den besorgten Verwandten in diesem Gefühlszustand sachlich adäquat zu erklären. Haben die betroffenen Eltern bereits ein Kind, so kommen die Bedürfnisbefriedigung des älteren Kindes, die des intensivmedizinisch zu betreuenden Kindes und die eigene erschwerend hinzu. In der postnatalen und gleichsam intensivmedizinischen Versorgungsphase des Kindes treten bei den Eltern häufig Zustände von Hilflosigkeit, Alleinsein, Traurigkeit und Depressivität auf. Zudem zeigt sich, dass das Ausmaß der Hilflosigkeit bei beiden Eltern während der stationären Versorgung groß ist, wobei die der Mutter sich verstärkend auf die des Vaters auswirkt. (von der Wense & Bindt, 2013; Panagl, Kohlhauser, Fuiko und Pollak, 2002). Auch vorangegangene Erfahrungen aus einer vorherigen Schwangerschaft können das Erleben beeinflussen. (Ganseforth et al., 2002)

Inwieweit sich diese belastenden Erfahrungen auswirken, zeigen Holditch-Davis, Bartlett, Blickman und Shandor Miles (2003), in dem sie die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsreaktion von Müttern Frühgeborener zum Zeitpunkt des 6. Lebensmonats des Neugeborenen gemessen haben. Alle interviewten Mütter zeigen mindestens ein, und mehr als die Hälfte alle drei Symptome, wozu die Intrusion der Frühgeburt, bei gleichzeitigem Versuch der Aktiven Vermeidung, sich an die Umstände der frühen Entbindung zu erinnern und dabei unter einem erhöhten Erregungsniveau zu leiden, gehört. Letzteres bedeutet, dass sie das Kind in einem extremen Maße überbehüten, dass sie Ängste um das Frühgeborene haben, dass es neu erkrankt oder doch noch verstirbt und dass sie generalisierte Ängste über physiologische Parameter wie das Gewicht oder die Größe haben.

Auch Kersting et al. (2004) zeigen die Persistenz der Belastung, indem sie Symptome traumatischer Erfahrung, der Depression und der Angst bei Müttern von Frühgeborenen bis hin zum 14. Lebensmonat untersuchen. Es zeige sich, dass die Untersuchungsgruppe nicht nur signifikant höhere Werte als die Vergleichsgruppe in diesen Parametern aufweist, sondern dass diese sich auch bis zum letzten Messzeitpunkt nicht signifikant reduzieren. Ålund, Clarke, Hill, Thalange und Nandu (2009) unterstützen empirisch die Persistenz der postnatalen posttraumatischen Belastung von Müttern Frühgeborener, indem sie signifikant höhere Werte in der Gesamtskala sowie in den Bereichen Intrusion, Vermeidung und erhöhtes Erregungsniveau noch zwei bis drei Jahre nach der Entbindung aufzeigen als die Vergleichsgruppe der Reifgeborenen. Die Verarbeitung und die Belastung in der Folge der Frühgeburtlichkeit für die Eltern wird ebenfalls von Sarimski (1996) untersucht. Neben den Belastungen geben die Mütter an, dass die Erfahrung der Frühgeburt und sie darum situierten Erlebnisse das Gefühl des Zusammenhalts mit der Familie gestärkt hätten. Die Belastung der Mütter wurde im Vergleich zu Müttern von ein bis sechs jährigen Kindern getestet und es zeigte sich, dass die Untersuchungsgruppe zu 80% keine wesentlich höheren Belastungen angegeben hat. Darüber hinaus empfinden sie ähnlich wie die Mütter Reifgeborener soziale Isolation, Symptome von Depression und auch Unsicherheiten in Bezug auf die Bindung zum Kind. Die Untersuchungsgruppe der Mütter wurde in Bezug auf die Belastung zwei Jahre nach der Frühgeburt gegenüber den Vätern getestet und es zeigt sich, dass die Väter niedrigere Scores in der Belastung angeben, jedoch auch höhere Scores in der Einschätzung der Bindung zum Kind.

Viele Studien haben in diesem Zusammenhang klinisch relevante Angst als Folge der Erfahrungen rund um die Frühgeburtlichkeit und deren Auswirkungen untersucht. Singer et al. (1999) vergleichen die Angst der Mütter von Hochrisiko-Frühgeborenen (Geburtsgewicht

im Mittel 956g und Entbindung im Mittel in der 27 Schwangerschaftswoche) mit Müttern mit geringem Risiko-Frühgeborenen mit einem ebenfalls geringen Geburtsgewicht (Geburtsgewicht im Mittel bei 1252g und Entbindungswoche im Mittel in der 30. Schwangerschaftswoche) und Reifgeborenen, die zum Zeitpunkt der Entbindung im Mittel 3451g wogen und im Mittel zur 40. Schwangerschaftswoche entbunden wurden. Die *Mütter* von Hochrisiko-Frühgeborenen zeigen zum Zeitpunkt der Geburt, zum Zeitpunkt des 8. und 12. Lebensmonats und 2. und 3. Lebensjahres *mehr* Angst als die Vergleichsgruppen. Auch *Zwangshandlungen* dieser Mütter waren zum Zeitpunkt der Geburt und des 2. und 3. Lebensjahres höher als bei der Vergleichsgruppe. Die *Depressionswerte* der Mütter von Hochrisiko-Frühgeborenen waren zum Zeitpunkt der Geburt und des 2. und 3. Lebensjahres des Kindes höher als bei den Vergleichsgruppen. Diese Angst und auch die Depression der Mütter, die sowohl prä- als auch postnatal vorliegen kann, wirken sich ungünstig auf die Emotionalität und das Verhalten des Kindes aus. So birgt dies ein 2-3fach erhöhtes Risiko, dass das Kind im Alter von 4 Jahren emotionale und verhaltensrelevante Probleme zeigt (O'Connor, Thomas und Heron, 2002).

Neben den Untersuchungen zu Müttern zeigen sich Belastungen auch explizit zu den Vätern von Frühgeborenen. Die *Väter* von Kindern, die auf einer Intensivstation betreut wurden, zeigen in der Studie von Carter et al. (2005) höhere Gesamtwerte in der Hospital Anxiety and Depression Scale, die *Depression* und *Angst* misst. Auch die Untersuchung von Gensel (2010) unterstützt die Annahme, dass Väter Frühgeborener belasteter sind als die Vergleichsgruppe Reifgeborener. Dabei geben gleichzeitig die belasteten Väter weniger soziale Unterstützung an.

Viele Väter berichten im Zusammenhang mit der stationären Versorgung ihres Frühgeborenen von Hilflosigkeit und auch von dem Verlust der Kontrolle in dieser Situation, was sie als Belastung erleben. Um diesen Verlust der Kontrolle zu verarbeiten, erleben sie die Kommunikation mit den Pflegekräften und insbesondere einem persönlichen Ansprechpartner über die gesamte Zeit der stationären Behandlung des Frühgeborenen und intensivmedizinisch betreuten kranken Neugeborenen als entlastend. Diese krisenhafte Situation wirkt zudem auf das Verständnis der väterlichen oder männlichen Rolle im Familiensystem aus, da der beschützende Teil der traditionellen Väterrolle durch die Machtlosigkeit, bedingt durch die Passivität bezüglich der Versorgung des eigenen Kindes, wegfällt. Sich dennoch mit diesen eigenen Befindlichkeiten dem Kind zuzuwenden, birgt eine große Aufgabe. In dieser Zeit hilft es einigen Vätern, sich mit beruflichen Aufgaben am Arbeitsplatz abzulenken, andere wiederum können in dieser Zeit nicht arbeiten. Was vielen jedoch Sicherheit gibt, ist die

Gewissheit, die Intensivstation jederzeit selbst verlassen zu können und so zumindest in einem kleinen Teil mitbestimmen zu können und Kontrolle über eine Situation zu haben. (Arockiasamy, Holsti und Albersheim, 2008)

Neben dem persönlichen Erleben, der damit verbundenen inneren Verarbeitung und den konsekutiven Auswirkungen auf Mutter und Vater, beeinflusst die Frühgeburtlichkeit des Kindes auch die Eltern als *Paar* und Teil einer *Familie*.

So steigt nach Swaminathan, Alexander und Boulet (2006) das Risiko einer Scheidung, wenn ein Paar Mehrlinge versorgt, wobei dies zum Zeitpunkt der Geburt für die Beziehung des Paares protektiv ist. Auch die Bildung der Väter hat im Gegensatz zu der der Mutter einen Effekt auf das Risiko einer Scheidung oder *Trennung des Paares*, da ein niedriger Bildungsstand des Vaters das Risiko steigert. Das Ausmaß des Wunsches schwanger zu werden und die steigende Anzahl an Ehejahren haben einen protektiven Effekt. Dagegen haben unerwartete Schwangerschaften mit ausgehender Frühgeburt einen negativen Effekt auf die Beziehung der Eltern (Swaminathan, Alexander und Boulet, 2006).

Die Belastung für die Eltern und deren Familiensystem zeigt sich auch Jahre nach der Entlassung aus der stationären Versorgung. Studien über Familien zwei Jahre nach der Entlassung zeigen signifikant mehr Anzeichen von familiären Problemen, beispielsweise im Erleben der gegenseitigen Verlässlichkeit zwischen den Partnern. (Treyveaud et al., 2011) Die Eltern per se haben höhere Anzeichen der Belastung, gemessen durch den General Health Questionnaire, der die körperliche Verfassung, Angst, soziale Dysfunktion und Depression erfasst, als Eltern von Reifgeborenen zwei Jahre nach Entlassung, was sich bei steigender Belastung auch auf das Auftreten von Regulationsstörungen bei den ehemaligen Frühgeborenen auswirken kann. (Tryveaud et al. 2009, Treyveaud et al. 2010) Im Verlauf zeigen Singer et al. (1999), dass sich der erhöhte Stresslevel in Bezug auf das Familiensystem auch drei Jahre nach der Entlassung bestätigt. Und auch sieben Jahre nach der Entlassung konnten mehr Schwierigkeiten innerhalb der Familie in Bezug auf Problemlösung, Kommunikation und Rollenprobleme gezeigt werden. In der Studie von Treyveaud, Lee, Doyle und Anderson (2014) zeigen die Eltern zudem mehr Anzeichen von Angst und Depression und auch Partnerkonflikte wurden in höherem Maße angegeben.

2.4 Kindliche Essstörungen

Insgesamt sind kindliche Fütter- und Essstörungen ein weit verbreitetes Problem. So stellen Lloyd, Pursall und Emery (1981) fest, dass Fütterprobleme als stationärer Vorstellungsgrund bei 22% zwischen dem 1. und 3. Lebensmonat festzustellen ist und sich dies bis Ende des ersten Lebensjahres auf 5% reduziert. Wurmser und Papoušek (2010) berichten aus der Münchener Spezialambulanz bei 40,1% der vorstelligen Patienten eine Fütterstörung. In der Literatur ist eine leichte Häufung bei weiblichen Säuglingen zu finden, wobei es hierzu keine einheitlichen Daten gibt. Auch bezüglich soziodemographischer Daten gibt es keine eindeutigen Ergebnisse (Crapnell et al., 2013; Lindberg, Gunilla und Hagekull, 1991; Lindberg, Bohlin, Hagekull und Thunström, 1994; Migraine et al., 2013; Samara, Johnson, Lamberts, Marlow und Wolke, 2009). Insgesamt sind die Differenzen der Prävalenz auf die unterschiedlichen Stichproben und diagnostischen Kriterien zurückzuführen. Kinder mit Nahrungsverweigerung werden aus vielfältigen Gründen in einem stationären Rahmen vorgestellt, weil auf somatischer Ebene eine Unterversorgung mit drastischen Folgen für die weitere Entwicklung droht, auf interaktioneller Ebene sich das Problem im Verlauf drastisch steigert und aus psychodynamischer Perspektive die Angst eine große Rolle spielt, dass das Kind aufgrund der reduzierten Versorgung zu verhungern droht, was mit Ängsten von Trennung und Verlust auf elterlicher Seite einhergeht (von Hofacker, Papoušek und Wurmser, 2010).

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die Definition von kindlichen Essstörungen anhand der drei im medizinisch-psychologischen Kontext gängigen Diagnostikmanuale aufgezeigt. Daran schließt sich ein Überblick über die Ursachen von kindlichen Essstörungen an, der zunächst die Literaturübersicht der Säuglinge und Kleinkinder in Bezug auf die Mutter-Kind-Interaktion, auf familiäre Faktoren und weiterhin origin maternale Faktoren darstellt. Es folgt eine Diskussion der besonderen Problematik der Essstörungen bei Frühgeborenen, bei der sich die Datenlage im Vergleich zu anderen Ursachen frühkindlicher Essstörungen als deutlich reduziert erweist. Gerade in der Übersicht der Ursachen werden die mit einer Essstörung in Verbindung stehenden Probleme als (früh-)kindliche Essstörungen, als Fütterschwierigkeiten und –störungen, als Nahrungsverweigerung und nicht organisch bedingten Gedeihstörungen adressiert. Die unterschiedlichen Bezeichnungen und Begrifflichkeiten ergeben sich durch die Historie der Forschung und die spezifischen semantischen Konnotationen (Chatoor, Kerzner und Zorc, 1992; Manikam & Perman, 2000; von Hofacker et al., 2010; Rommel, Meyer, de Feenestra und Veereman-Wauters, 2003).

Vor allem die Unterscheidung von Fütterstörung und Essstörung scheint von fließenden Übergängen charakterisiert zu sein. So beschreiben Chatoor und Khushlani (2006), dass der Unterschied sich vor allem auf den Zeitpunkt des Alters und den Grad der Abhängigkeit von der Bezugsperson bezieht. Eine Fütterstörung steht demnach in Zusammenhang mit der Nahrungsgabe in der dyadischen Beziehung zum Nahrungsgeber, wohingegen eine Essstörung vor allem durch die Unabhängigkeit zum Nahrungsgeber charakterisiert ist.
Aufgrund der nicht scharf abzugrenzenden Ätiologien der einzelnen Problematiken wird vor allem bei der Erklärung der Ursachen ein Einblick in die einzelnen Perspektiven in der Erforschung der Fütter- und Essstörungen gegeben.

2.4.1 Definition von kindlichen Essstörungen

Zur begrifflichen Klärung der kindlichen Essstörungen mittels anerkannter Diagnostikmanuale kann sich nicht exklusiv auf ein Diagnostikmanual bezogen werden, da in der Literatur *keine einheitliche Definition von kindlichen Essstörungen* zu finden ist. Unterschiede zwischen den verschiedenen Diagnostikmanualen werden insbesondere durch die Differenzierung der medizinischen und psychosozialen Komponenten deutlich.

2.4.1.1 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (2014), kurz: ICD-10, hat die Fütterstörung im frühen Kindesalter unter F98.2, also dem Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen Unterkategorie F00-F90 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, aufgeführt. Sie ist hier insbesondere für ihren Beginn im Kleinkind- und frühen Kindesalter charakterisiert und beschreibt ein nahrungsverweigerndes Kind, welches auf das Nahrungsangebot durch einen kompetenten Nahrungsgeber mit einem exterm wählerischen Essverhalten reagiert. Eine organische Erkrankung des Kindes ist dafür nicht erklärend, Rumination kann als Begleitsymptom auftreten. Unter F98.3 wird Pica im Kinderalter beschrieben, bei der das Kind über einen längeren Zeitraum beispielsweise Erde als nicht essbare Substanz zu sich nimmt. Pica kann in Zusammenhang mit einer autistischen Störung, isoliert und/oder in Kombination mit einer Intelligenzminderung auftreten.

2.4.1.2 Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders in Infancy and Early Childhood: Revised Edition – DC:0-3R

Die Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders in Infancy and Early Childhood: Revised Edition – DC:0-3R (Zero to Three, 2005) definiert die Fütterstörungen mittels eines multiaxialen Klassifikationssystems, bei dem die Fütterstörungen auf Achse I, den klinischen Störungen, unter *Fütterstörungen* aufgeführt werden. Im Wesentlichen unterscheidet sich der DC:Zero-to-Three im Gegensatz zum ICD-10 darin, dass er explizit verschiedene Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter, inklusive psychosozialer oder medizinisch bedingter Ätiologie differenziert. Die im DC:0-3R festgehaltenen Fütterstörungen gehen im Wesentlichen auf die Forschung von Chatoor (2012) zurück und differenzieren zwischen sechs verschiedenen Fütterstörungen.

Die erste ist die „Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation ": Sie ist insbesondere dadurch charakterisiert, dass sie in den ersten Lebensmonaten beginnt und der Säugling es nicht schafft, einen für das Füttern notwendigen und konstanten Wachzustand zu erreichen, was auch bedeuten kann, dass er für die Fütterinteraktion zu aufgeregt ist. Hierbei ist insbesondere auch von Bedeutung, dass der Säugling ein für sein Alter inadäquates Gewicht zeigt und die Probleme beim Füttern nicht durch andere körperliche Erkrankungen zu erklären sind. (Chatoor, 2012; Zero to Three, 2005)

Die „Fütterstörung mit unzureichender Eltern-Säuglings-Reziprozität" beginnt in der Regel im ersten Lebensjahr des Kindes und ist insbesondere dadurch charakterisiert, dass der Säugling sich in den Füttersituationen für seinen Entwicklungsstand sozial unangemessen verhält, indem er mit seiner Bezugsperson keine soziale Wechselseitigkeit eingeht, was sich an fehlendem Blickkontakt oder Lächeln zeigt. Das bestehende Defizit im Wachstum und im sozialen Verhalten des Säuglings ist weder durch eine körperliche Erkrankung noch durch eine tiefgreifende Entwicklungsstörung zu erklären. Bei dieser Fütterstörung kommt es oft vor, dass sich die fütternde Person den Defiziten des Säuglings nicht bewusst ist. (Chatoor, 2012; Zero to Three, 2005)

Als drittes wird die „Infantile Anorexie" aufgeführt, bei der die Nahrungsverweigerung zwischen dem 6. Lebensmonat und 3. Lebensjahr beginnt, was mit dem Lernen von selbstständigem Essen einhergeht und mindestens über einen Monat hinweg besteht. Das Verweigern, altersentsprechende Nahrungsmengen aufzunehmen, ist dabei begleitet von dem fehlenden Zeigen von Hungersignalen und einem übermäßigen Bewegungsdrang anstelle des Essens. Die Infantile Anorexie ist begleitet von einem deutlichen Wachstumsdefizit, kann nicht auf ein Trauma durch Erfahrungen im medizinischen Bereich zurückzuführen sein und

es besteht keine erklärende medizinische Grunderkrankung. (Chatoor, 2012; Zero to Three, 2005)

Der Infantilen Anorexie folgt die „Sensorische Nahrungsverweigerung“, die sich oftmals bei der Einführung neuer Nahrungsmittel entwickelt und das Kind dabei über den Zeitraum von einem Monat spezielle Nahrungsmittel wegen deren Geschmack, Konsistenz, Temperatur oder auch Geruch verweigert, wohingegen bevorzugte Lebensmittel weiterhin problemlos zu sich genommen werden. Oftmals werden neue und abgelehnte Speisen mit deutlichen Zeichen der Verweigerung bis hin zum Erbrechen durch das Kind abgelehnt. Auch hier darf kein Trauma im oralen Bereich vorangegangen sein und die Nahrungsverweigerung kann nicht auf Allergien oder Erkrankungen zurückgeführt werden. (Chatoor, 2012; Zero to Three, 2005)

Als nächstes wird die „Fütterstörung im Zusammenhang mit einer bestehenden medizinischen Erkrankung“ beschrieben, die sich zu jedem Alter des Kindes, je nach Auftreten der auf die Nahrungsverweigerung zurückzuführenden Erkrankung, zeigen kann und besteht bei nicht ausreichender Aufnahme von Nahrungsmengen über den Zeitraum von mindestens zwei Wochen hinweg. Vorangehend ist hier eine unauffällige Nahrungsaufnahme, die durch den entstehenden Distress in Folge der Erkrankung inadäquat wird und durch die Behandlung der Erkrankung, wie beispielsweise eine Kardiologische, die Problematik der unzureichenden Nahrungsaufnahme ausschließlich verbessert. (Chatoor, 2012; Zero to Three, 2005)

Als letztes wird die „Fütterstörung in Verbindung mit Eingriffen in den Gastrointestinaltrakt/posttraumatische Fütterstörung“ aufgeführt, die nach einem Trauma im Magen-Darm-Trakt oder auch im Raum des Mundrachens in jedem Altersabschnitt entstehen kann und durch plötzliches Eintreten charakterisiert ist. Das Trauma des Kindes wird je nach Fall durch das Instrument des Fütterns oder die Fütterposition reaktiviert. (Chatoor, 2012; Zero to Three, 2005)

2.4.1.3 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Edition (DSM-5), ergänzt die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), um so eine Diagnosestellung zu vereinfachen. In der Kategorie Fütter- und Essstörung werden Fütter- und Essstörungen unter 307.52 Pica, 307.53 Rumination, 307.59 vermeidende/restriktive Störung bei der Nahrungsaufnahme, Anorexia Nervosa, 307.51 Bulimia Nervosa, 305.51 Binge-Eating Disorder, 307.59 andernorts klassifizierte Fütter- oder Essstörung und 305.50 unspezifische Fütter- und Essstörung zusammengefasst (DSM-5, 2014).

Definiert wird Pica (im ICD-10 als F98.3 kodiert) als eine über einen Monat hinweg vorhandene Störung mit der Aufnahme nicht nutritiver und essbarer Substanzen, in Relation zum jeweiligen Entwicklungsstadium. Der Verzehr dieser Substanzen steht außerhalb der kulturellen und sozialen Gegebenheiten. Die Diagnose sollte erst ab dem 2. Lebensjahr gestellt werden, damit vorliegende psychiatrische Störungen wie Autismus oder Schizophrenie von dem entwicklungsbedingten oralen Erkunden der Gegenstände abgegrenzt werden können. Das Auftreten von Pica wird in der Kindheit, der Jugend oder auch im Erwachsenenalter beschrieben und kann durch Vernachlässigung oder eine Entwicklungsstörung entstehen. Als komorbide Störungen werden Autismus allgemein, Intelligenzminderung, Zwangsstörungen und Schizophrenie benannt (DSM-5, 2014).
Die Rumination, die im ICD-10 unter F92.8 aufgeführt wird, beinhaltet diagnostisch über den Zeitraum von einem Monat hinweg die Regurgitation von Nahrung, die nicht durch eine gastrointestinale Erkrankung bedingt, wie beispielsweise dem Reflux, vorliegt. Ebenfalls darf das Auftreten der Regurgitation nicht exklusiv in Zusammenhang mit der Nahrungsverweigerung stehen. Auch andere mentale oder neuronale Störungen dürfen bei bestehender Symptomatik zur Diagnosestellung nicht vorliegen. Auftreten kann die Störung über die gesamten Lebenszeitspannen hinweg. Im Kindesalter tritt sie häufig zwischen dem 3. Lebensmonat und dem 1.Lebensjahr auf und geringe Stimulation durch Interaktionsstörungen mit der Betreuungsperson, Vernachlässigung sowie Stress können als Risikofaktoren festgehalten werden. Als komorbide Störung wird beispielsweise die generalisierte Angststörung beschrieben (DSM-5, 2014).
Die vermeidende/restriktive Nahrungsaufnahme als Störungsbild (307.59), die ein geringes Interesse an der Nahrungsaufnahme und eine sensorische Ablehnung gegenüber der Nahrung beinhaltet, wird durch die anhaltende, nicht ausreichende Nahrungsaufnahme charakterisiert und steht darüber hinaus in Zusammenhang mit signifikantem Verlust des Körpergewichts und/oder Ernährungsmangel, der Abhängigkeit von einer nahrungsmittelzufügenden medizinischen Maßnahme und psychosozialen Variablen. Eine weitere medizinische Ursache und das Vorhandensein von Nahrung müssen ausgeschlossen sein. Das Temperament der betroffenen Kinder wird während der Nahrungsgabe als schwierig und irritierbar erlebt und die Störung an sich kann auch durch inadäquates Anbieten von Nahrung oder eine falsch interpretierte Interaktion auftreten. Als Risikofaktor gilt zudem eine Essstörung der Mutter oder erhöhte Scores familiärer Angst (DSM-5, 2014).

2.4.2 Ursachen von kindlichen Essstörungen

Während der ersten Lebensjahre entwickelt der Säugling idealerweise ein Gefühl für den eigenen Hunger und das eigene Sättigungsgefühl. In der Zeit, in der er auf die Nahrungszufuhr durch eine andere Person angewiesen ist, entwickelt er zusammen mit seiner primären Bezugsperson Signale, die zum einen das Hungergefühl und zum anderen das Sättigungsgefühl symbolisieren. Die Abstimmung von Hunger und Sättigung in der Interaktion zwischen Mutter und Kind ist durch die Ausbildung eines spezifischen Kommunikationssystems möglich. Diese Reziprozität ist nach und nach durch „wechselseitigen Blickkontakt, wechselseitige Vokalisierungen und gegenseitige körperliche Nähe“ (Chatoor 2012, S.43) geprägt. Gelingt dies nicht, so kann sich eine Essstörung beim Kind ausbilden (Chatoor, Egan, Getson, Menvielle & O’Donnell, 1988; Chatoor 2012).

2.4.2.1 Mutter-Kind-Interaktion

Chatoor (1989) zeigt, dass sich bei Kindern zwischen 6 und 36 Monaten, also in der Phase hin zum selbstständigen Essen, eine infantile Anorexie entwickeln kann. Hauptmerkmale dieser Beobachtungen und Symptome der Diagnose „Infantile Anorexie“ sind die verweigerte Nahrungsaufnahme durch das Kind und damit assoziiert ein *intensiver Konflikt zwischen Kind und Mutter*. Dieser Konflikt tritt vor allem in den Bereichen der Abhängigkeit, Autonomie und Kontrolle auf. Hierbei sind es gerade die Autonomie- und Individuationsbestrebungen des Kindes, die eine Abwehrreaktion der Mutter hervorrufen und diese Interaktionsstörung von den Müttern oftmals mit einem Kampf verglichen wird. Ein Grund, warum dieser in der beschriebenen Altersperiode und in dieser Phase der Entwicklung offenbar leichter auftritt, sind die erweiterten motorischen und kognitiven Möglichkeiten des Kindes, die mit Autonomiestreben einhergehen. In dieser Phase tritt das Kind aus seiner früheren Abhängigkeit heraus und mit den einhergehenden Verhaltensmöglichkeiten kann sich die Mutter-Kind- Beziehung, die zuvor als „glücklich“ beschrieben wurde, hin zum Konflikthaften ändern (Chatoor et al., 1988; Chatoor, 1989; Dunitz-Scheer, Tappauf, Burmucic, Scheer, 2007).

Farrow und Blisset (2006) zeigen die Bedeutung eines stark kontrollierenden maternalen Verhaltens in Fütterszenen und wie sich diese auf das Gewicht und das prognostische Gewicht und damit auch auf die Entwicklung des Kindes auswirkt. Sie legen ihren Fokus auf die Periode zwischen Geburt und 6. Lebensmonat, sowie der Periode zwischen 6. und 12. Lebensmonat. Sie konnten in ihrer Studie zeigen, dass stark kontrollierendes maternales Verhalten in Fütterszenen vor dem 6. Lebensmonat des Kindes das Gewicht in der

Folgeperiode zwischen dem 6. und 12. Lebensmonat stark negativ beeinflusst, während sich dies bei Kindern mit weniger stark kontrollbedürftigen Müttern nicht nachweisen lässt. Sie untersuchten ebenfalls das Kontrollverhalten der Mutter zum 6. Lebensmonat des Kindes und beschrieben, dass auch bei hohen Kontroll-Scores dies ein Prädiktor für ein niedriges Gewicht ist, welches auch konstant niedrig bleibt. Ihre Untersuchungen weisen somit darauf hin, dass das Kontrollverhalten der Mütter in Fütterszenen zu einer Dysregulation beim Kind führt, welches eigentlich mit Hilfe der Mutter als Nahrungsgeberin die eigene Regulation ausbilden soll. In einer weiterführenden Untersuchung konnten Farrow und Blisset (2008) zeigen, wie sich das Kontrollverhalten der Mutter in Füttersituationen auf das Gewicht des Kindes über den 12. Lebensmonat hinaus auswirkt. Sie bekräftigen die vorherigen Ergebnisse dahingehend, dass sich stark kontrollierendes Verhalten der Mutter auch stark negativ auf das Gewicht des Kindes im 2. Lebensjahr auswirkt.

Die Kontrolle der Mutter kann sich auf den Bereich der verbalen Kontrolle in Bezug auf Kommunikation beziehen, die gleichsam eine geringere Sensitivität bedeutet und sich in dem Ausdruck der Mutter zeigt, die mit dem Kind in einem äußerst belehrenden Stil spricht. Nicht zuletzt bedeuten diese Verhaltensmerkmale der Mutter, dass sie wenig Kooperationsbereitschaft in der Interaktion mit dem Kind zeigt, was in der Studie von Lindberg, Gunilla, Hagekull (1996) signifikant bei Müttern mit Kindern, die eine Essverweigerung zeigen, nachgewiesen wurde.

Auch das Wahrnehmen von positiven Signalen der Kinder im Sinne der Selbststeuerung fällt den Eltern betroffener Kinder schwer, da ihr Verhalten ganz von Kontrolle, Zwang oder Aufforderungen geprägt ist. Damit geht einher, dass die Eltern positiv verstärkendes Verhalten nicht mehr in die Füttersituation mit einbringen können und sich dies bei zunehmender Problematik auf die Seite der negativen Stimmungen verschiebt. Auffallend ist hier, dass die Fixierung der Eltern so starke Züge annimmt, dass sie selbst nicht mehr am Essen teilnehmen, sondern die Nahrungsaufnahme des Kindes in den Fokus rücken, was dem Kind die Chance des Modelllernens nimmt.

Zusammengefasst kann man festhalten, dass sich so eine Trias von Symptomen ausprägt, die Probleme des Kindes bei der Nahrungsaufnahme, von Dysfunktionalität geprägte Fütterszenen und Anpassungsstörungen der Eltern oder des betreuenden Elternteils beinhaltet (von Hofacker, Papoušek, Wurmser, 2010).

Die durch die verschiedenen Faktoren negativ behafteten Fütterinteraktionen sind von Verärgerung, Frustration und Traurigkeit der Mutter geprägt, die sich dann auf die Stimmung

des Kindes übertragen und gleichsam als Spiegelbild in den kindlichen Affekten gesehen werden können (Chatoor, 1989). Mütter von Kindern mit einer nicht organisch bedingten Gedeihstörung zeigen weniger adaptives Sozialverhalten und verstärken das Verhalten des Kindes während der Nahrungsaufnahme in einem geringeren Maße, als dies Mütter mit nicht essgestörten tun. Aufgrund der geringeren Sensibilität für die Bedürfnisse des Kindes wird die Nahrungsgabe bei essgestörten Kindern abrupter beendet, was zu weiterer Frustration führen kann (Drotar, Eckerle, Satola, Pallotta, Wyatt, 1990).

Eine Frustration ist jedoch nicht zwingend durch das primäre Verhalten der Mutter bedingt. Auch Kinder können schwierig sein, wenn sie es nicht schaffen, sich selbst zu regulieren, und gehäuft in Füttersituationen Charakteristika wie Unruhe und Unkonzentriertheit zeigen und eine geringe Kompetenz besitzen, der Mutter als nahrungsgebenden Person Hungersignale zu zeigen. Sie lassen der Mutter dadurch lediglich kurze Phasen der Bereitschaft, Nahrung zu sich zu nehmen. Diese Interaktionsschwierigkeit wird auch dadurch deutlich, dass sie der Mutter signifikant weniger Zeit zur Bereitschaft der Nahrungsaufnahme signalisieren und diese umgekehrt ihnen zeitlich weniger Nahrung anbieten als Mütter von nicht füttergestörten Kindern. Erkennt die Mutter diese Phase nicht, so reagiert das Kind mit Frustration und Ärger, was oft in Phasen des Schreiens resultiert. (Boodewes, 2003; Dunitz-Scheer et al., 2007; von Hofacker, Papoušek, Wurmser, 2010) Wie die Stichprobe der „Münchener Sprechstunde für Schreibabies“ zeigt, haben füttergestörte Kinder relativ konstant Probleme mit der eigenen Regulation. So hatten vorgestellte Kinder im Alter von 10,9 Lebensmonaten (± 7,5) bereits über die Zeitspanne von 8,9 Monaten (± 6,5) Regulationsstörungen gezeigt. (von Hofacker, Papoušek, Wurmser 2010) Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass Kinder mit Essproblemen häufiger aus Perspektive der Temperamentsbeschreibung als schwierig, unruhig und mangelnd anpassungsfähig wahrgenommen werden. (Lindberg et al. 1994, von Hofacker, Papoušek, Wurmser 2010)

In einer Studie von Chatoor, Ganiban, Hirsch, Borman-Spurrel und Mrazek (2000) wurden Kinder mit einer infantilen Anorexie von ihren Müttern in 4 der 6 Skalen des Infant Characteristic Questionnaire (ICQ) „difficult, negative adaptation to change, dependent, irregular“ als signifikant auffälliger und in den Skalen „unstoppable“ und „sober“ auffälliger beschrieben als dies die Eltern der gesunden Kinder taten. Nicht nur das Temperament der Kinder war signifikant für eine infantile Anorexie typisch verändert gesehen worden, auch konnte hier die Übertragung auf die notwendige Dyade nachgewiesen werden, indem die Mütter der Untersuchungsgruppe signifikant mehr dyadische Konflikte beschrieben als die Mütter der Kontrollgruppe.

Dass das Temperament der Kinder und die maternale Sensitivität als Prädiktor für Fütterprobleme gesehen werden können, zeigen Hagekull, Bohlin, Rydell (1997) zum 10. Lebensmonat und zum 2. Lebensjahr der Kinder. Zum Zeitpunkt des 10. Lebensmonats konnten negative Emotionen des Kindes im Zusammenspiel mit geringer Sensitivität bei der Mutter mit einer Essstörung beim Kind assoziiert werden. Auch Nahrungsverweigerungen entstanden vermehrt bei Kindern, die als unvorhersehbar beschrieben werden und deren Mütter wenig sensitives Verhalten zeigen. Das Ausmaß der kindlichen Probleme konnte mit der Einfühlbarkeit der Mutter in Verbindung gebracht werden. Die Unvorhersehbarkeit der Kinder, gemessen zum 10. und 15. Lebensmonat, zeigt einen signifikanten Zusammenhang mit Fütterschwierigkeiten zum 2. Lebensjahr. Zuletzt standen auch die beschriebene Handhabbarkeit der Kinder und die Sensitivität der Mütter in Korrelation damit.

2.4.2.2 Familiäre Ursachen

Neben Interaktionsschwierigkeiten sind es auch Probleme zwischen den Eltern, die Schwierigkeiten der Nahrungsaufnahme so beeinflussen, dass man von einer Störung sprechen kann. Benoit, Zeanah und Barton (1989) wiesen nach, dass Mütter von Kindern mit einer Gedeihstörung signifikant mehr Unzufriedenheit über ihre Beziehung zum Partner äußern als die Kontrollgruppe und Altemeier, O'Connor, Sherrod und Vietze (1985) beschrieben, dass Probleme zwischen den Eltern oder sogar die Trennung vom Kindsvater signifikant mit einer nicht organisch bedingten Gedeihstörung assoziiert sind. Im Bereich der Nahrungsverweigerung konnte festgestellt werden, dass Probleme innerhalb der Familie in einem größeren Ausmaß bei so betroffenen Familien geäußert wurden (Ünlü, Aras, Gübenir, Büyükgebiz und Bekem, 2006). Auch in einer neueren Studie von von Hofacker et al. (2010) wird dies deutlich. Die Mütter von Kindern mit einer Fütterstörung gaben zu 21,6% pränatal Konflikte mit dem Partner als Belastung an; postnatal steigert sich dies auf 54,4%. Nicht nur Probleme zwischen den Eltern als Paar sind eng verbunden mit Problemen im Bereich der Nahrungsaufnahme, auch der Erziehungsstil der Eltern wurde in diesem Zusammenhang untersucht. Eltern von Kindern mit einer nicht organisch bedingten Gedeihstörung zeigen bei einem ungefähren Alter des Kindes von 13 Monaten doppelt so häufig Charakteristika einer Vernachlässigung und häufig weniger fürsorgliches Verhalten als Eltern der Kontrollgruppe. Umgekehrt zeigten sich bei Kindern mit fürsorglich agierenden Eltern höhere Scores in der Häufigkeit von Interaktion und auch eine höhere kognitive Entwicklung (Black, Hutcheson, Dubowitz und Berenson-Howard, 1994).

2.4.2.3 Maternale Ursachen

Neben den prognostischen Vorhersagen für ein zu geringes Gewicht bei frühkindlichen Fütterproblemen und Essstörungen wurde in der Literatur diskutiert, ob sich eine Essstörung bei der Mutter ebenfalls auf die Fütterinteraktion mit dem Kind auswirkt. Es zeigt sich, dass Frauen mit einer selbstberichteten Essstörung oder selbstberichteten Anorexie ein höheres Risiko besitzen, zum 1. und 6. Lebensmonat des Kindes von Fütterstörungen zu berichten als Frauen ohne eine selbstberichtete Essstörung. (Micali, Simonoff und Treasure, 2009) Es scheint, dass sich gerade Frauen mit einer eigenen Essstörungsvergangenheit weniger auf die Reziprozität in den Füttersituationen einlassen können. Damit geht einher, dass sie scheinbar eine geringere Kompetenz besitzen, die kindlichen Bedürfnisse in diesen Interaktionen wahrzunehmen und mit dem Kind in eine positiv besetzte Reziprozität zu gehen. Auch scheinen sie die angestrebte Autonomie des Kindes nicht in einem positiven Sinne fördern zu können, da sie durch ihre eigenen Anteile von kontrollierendem Verhalten eingeschränkt werden. (Thiel-Bonney und Hofacker, 2012) Auch im Bereich des Beziehungserlebens ergeben sich bei Müttern mit eigenen Problematiken der Essstörung dahingehend Probleme, dass sie doppelt so häufig die Mutter-Kind-Beziehung als gestört erleben, als eine Vergleichsgruppe mit nicht essgestörten Kindern. (von Hofacker, Papoušek, Wurmser, 2010)
Nicht nur Anteile eigener Essstörungsproblematiken scheinen die Fütterszene mit dem eigenen Kind zu beeinflussen, auch unverarbeitete biographische Erlebnisse können die Fütterszene mit dem Kind negativ beeinflussen. So werden unbewusst ähnliche Konflikte um das Essen mit dem jetzigen Kind ausgetragen, wie sie schon mit der eigenen Mutter erlebt wurden (Altemeier et al., 1985; Chatoor, 1989; Ward, Lee und Lipper, 2000). Auch weitere Einflussfaktoren auf Seiten der Eltern oder der Mutter können dazu führen, dass vorangegangene Erlebnisse in das Verhalten bei der Fütterszene eingebracht werden und diese negativ beeinflussen. 30% der Mütter von füttergestörten Babys in der „Münchener Sprechstunde für Schreibabies“ berichten von Fehlgeburten und 18% von der Verlegung des Kindes nach Entbindung in ein anderes Versorgungszentrum. Durch diese Erlebnisse können Ängste von Verlust und Trennung vor allem in Fütterszenen reaktiviert werden. (von Hofacker, Papoušek, Wurmser 2010)

Neben eigenen Essstörungsproblematiken sind auch erhöhte Scores in anderen psychopathologischen Bereichen wie Depression, Angst und Rückzug ein Prädiktor für eine sich ausbildende Essstörung beim Kind. Aus den eigenen maternalen Problemen kann eine dysfunktionale Mutter-Kind-Interaktion während des Fütterns entstehen. Die Fütterszenen

von Müttern mit hohen Depressions- und Angst-Scores sind geprägt von verbalem und auch physischem Druck sowie geringerer Sensitivität gegenüber den Kindern. Darüber hinaus ist die Dysfunktionalität der Interaktion auch durch Angst, Depression und Aggressivität auf Seiten des Kindes charakterisiert. (Ammaniti, Ambruzzi, Lucarelli, Cimino und D'Olimpio, 2004; Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpio und Chatoor, 2009; Haycraft, Farrow und Blisset, 2013; von Hofacker, Papoušek, Wurmser, 2010) Die Dysfunktionalität seitens der Mütter wird beispielsweise bei Betroffenen mit postpartalen Depressionen deutlich, die abseits der Gesellschaft und unbemerkt von ihrer unmittelbaren Umwelt leiden. Sie können das Kind aus der technischen Perspektive her problemlos füttern, besitzen jedoch nicht die Kompetenz, dies mit Freude zu tun und mit dem Kind in diesen Situationen eine Dyade einzugehen. (Dunitz-Scheer et al., 2007; Wurmser, Papoušek, 2010)

Auch die Beziehung zwischen dem Bindungsverhalten und kindlichen Essstörungen wurde untersucht. Bindungsverhalten entsteht unter anderem durch gegenseitige Berührung und Zuwendung. Bei Kindern mit einer Essstörung konnte eine defizitäre maternale Zuwendung, die sich in einer abgewandten Sitzposition und reduziertem Körperkontakt zum Kind äußert, nachgewiesen werden. In diesem Kontext wurde dies auch in dem kindlichen Verhalten gespiegelt. Die Kinder zeigten ebenfalls weniger Zuwendung und Abwehr bei der Berührung durch die Mütter. Das Gegenteil war in der gesunden Vergleichsgruppe der Fall, in der bei den Müttern ein höheres Maß an Berührungen und geringere Depressivität und bei den Kindern ein geringeres Maß an Rückzug festgestellt werden konnte. (Bodewees, 2003; Feldman, Keren, Gross-Rozval, und Tyano, 2004; von Hofacker, Papoušek, Wurmser, 2010)

Zum Bindungsverhalten konkret zeigen Kinder mit einer Essstörung in höherem Maße unsicheres Bindungsverhalten und es zeigt sich, dass perzentilengerechtes Gewicht mit einem sicheren Bindungsstil korreliert. Neben dem unsicheren Bindungsverhalten konnte umgekehrt eine desorganisierte und ängstliche Bindung bei Kindern mit Gedeihstörung nachgewiesen werden. Auch auf Seiten der Mutter kann ein unsicherer Bindungsstil mit einer infantilen Anorexie assoziiert werden. (Chatoor, Ganiban, Colin, Plummer und Harmon, 1998; Benoit et al., 1989; Chatoor et al., 2000)

Ward et al. (2000) untersuchten das Bindungsverhalten mittels des Fremde-Situations-Test nach Mary Ainsworth und zeigten bei der Untersuchungsgruppe signifikant höhere Werte in Bezug auf eine ängstliche oder desorganisierte Bindung, wobei lediglich 35% ein sicheres Bindungsverhalten (66% bei der Kontrollgruppe) und 46% (16% bei der Kontrollgruppe) eine desorganisierte Bindung aufwiesen.

2.4.2.4 Auswirkungen frühkindlicher Essstörungen auf Essstörungen in der Adoleszenz und dem jungen Erwachsenenalter

Kotler, Cohen, Davies, Pine und Walsh (2001) und Chatoor, Khushani (2006) zeigen die Verbindung von Essproblemen in der frühen Kindheit mit solchen in der Adoleszenz und dem Erwachsenenalter. Sie fanden, dass bei Probanden mit Essproblemen und Fütterschwierigkeiten in der frühen Kindheit sowie Kämpfen bei den Fütterszenen in späterer Adoleszenz und dem Erwachsenenalter Symptome der Anorexia nervosa vorhanden sind. Jedoch besteht nicht nur die Gefahr einer Essstörung, sondern auch die einer defizitären kognitiven Entwicklung. Vielfältige Verhaltensauffälligkeiten und Angststörungen können Folgen von frühkindlichen Essstörungen sein (Chatoor, 2012).

2.4.3 Essstörungen und Frühgeborene

Grass (2012) zeigt in ihrer Studie „Essstörungen bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500g im Alter zwischen 1 und 7 Jahren – Inzidenz, Verlauf und Risikofaktoren“, dass sich im ersten Lebensjahr bei 24,7% der Frühgeborenen eine Essstörung feststellen lässt. Gleichzeitig äußern die Eltern von essgestörten Frühgeborenen ein höheres Maß an familiärer Belastung.

Hinsichtlich des Verhaltens der Frühgeborenen während der Nahrungsaufnahme wurden in der Studie von Grass vor allem deutliche Unterschiede in der zeitlichen Länge der Nahrungsaufnahme, im Unterschreiten der Trinkmenge und in Reaktionen der Abneigung bei angebotenen Nahrungsmitteln festgestellt. Begleitend zu den Essstörungen bei Frühgeborenen zeigt die betroffene Gruppe im ersten Lebensjahr ein signifikant geringeres Körpergewicht und einen geringeren Body-Mass-Index. Eine geringere Körperlänge kann nicht festgestellt werden.

Aufgrund der Unreife und somit auch der unreifen Schluckmotorik haben es Frühgeborene per se schwieriger nach der Geburt trinken und essen zu lernen. Um den komplexen Vorgang zwischen Atmung, Transport der Nahrung im Mund, Schlucken
und Körperhaltung koordinieren zu können, benötigen sie zu Beginn ihres Lebens mehr Zeit und Aufmerksamkeit als ein Reifgeborenes (Sarimski, 2000).

Die Literatur zeigt eine höhere Rate an Essstörungen oder Störungen im Zusammenhang mit dem Erlernen von Verhaltensweisen des Essens bei Frühgeborenen (Entbindung vor der 32. Schwangerschaftswoche) im Vergleich zu Reifgeborenen. So zeigt sich zu einem Untersuchungszeitpunkt bis ungefähr dem 2. Lebensjahr, dass die Spanne der berichteten Fütterprobleme und Essstörungen bei Frühgeborenen zwischen 11,3% und 62% variiert. In

enger Verbindung mit der Fütter- und Essstörung stehen ein geringeres Körpergewicht und eine geringere Körpergröße sowie Hypotonie. Bezüglich der Charakteristik der Essstörung zeigen Frühgeborene ein geringeres Maß an Appetit und Freude bei der Nahrungsaufnahme und ein wählerischeres Essverhalten. Eine unklare Datenlage herrscht bei der Geschlechterpräferenz und dem Sozialstatus (Crapnell et al., 2013; Drewett, Blair, Emmett und Emond, 2004; Migraine et al., 2013; Oglio, Piga, Coletti, De Marchis und Cuttini, 2011; Rommel et al. 2003, Sweet, 2003; Wood, 2003).

Auch in den Nahrungsaufnahme-assoziierten Verhaltensweisen werden Defizite bei den Frühgeborenen deutlich. Den Boer und Schipper (2013) beschreiben, dass zum Zeitpunkt des 9. Lebensmonats nur 46% der Frühgeborenen aus einer Flasche eigenständig trinken können, im Gegensatz zu 68% der Reifgeborenen. Auch in einer repräsentativen Studie in der Schweiz zeigt sich bei der Hälfte der Frühgeborenen das Essen mit Löffel 2,5 Monate später und das Trinken aus dem Becher 3 Monate später als bei den Reifgeborenen (Bucher, 2002).

Gründe für allgemeine Fütterprobleme und sich ausbildende Essstörungen mit Nahrungsverweigerung können eine traumatische Lernerfahrung im Kontext der intensivmedizinischen Versorgung, die die invasive Beatmung und transnasale Sondierung beinhaltet, sein (von Hofacker, Papoušek, Wurmser 2010).

Aus familiendynamischem Kontext zeigen Pierrehumbert, Nicole, Muller-Nix, Forcada-Guex und Ansermet (2003) nicht nur, dass speziell Frühgeborene (geboren vor der 33. Schwangerschaftswoche) zum Zeitpunkt des 18. Lebensmonats ein höheres Risiko zur Ausbildung von Essproblemen im Vergleich zu Kontrollgruppen der Reifgeborenen haben, sondern auch, dass das Risiko zur Ausbildung von Essproblemen bei Frühgeborenen mit Müttern und Vätern, die posttraumatische Symptome zeigen, erhöht ist. Dies bestätigt sich auch bei depressiven Müttern von Frühgeborenen in der Studie von Drewett et al. (2004), in der die Mütter von Frühgeborenen nicht nur per se signifikant höhere Anzeichen einer Depression zeigten, sondern sich auch das Risiko einer Gedeihstörung bei einem Frühgeborenen durch die Depression bei der Mutter steigerte.

Die Differenz zwischen Essverhalten und Bestehen einer Essstörung bei Frühgeborenen im Vergleich zu Reifgeborenen wird auch in den Verlaufsuntersuchungen bis hin zum 6. Lebensjahr deutlich. So zeigen Samara et al. (2010), dass sich bei den Frühgeborenen deutlich mehr Essstörungen feststellen lassen als bei der Vergleichsgruppe, wobei hier das Geschlechterverhältnis keine Auffälligkeiten aufweist. Die Essstörung geht einher mit geringeren Werten in den Bereichen Gewicht, Kopfumfang und BMI. Die Mehrheit der Eltern in der Studie von Cerro, Zeunert, Simmer und Daniels (2002) geben an, dass ehemals

Frühgeborene und sich jetzt im Kleinkindalter befindende Kinder zu 58% ein nahrungsverweigerndes Verhalten 20% und ein wählerisches Essverhaltenzeigen.

Je nach Diagnostikmanual zeigt sich die Diagnostik einer Fütter- oder Essstörung bei kleinen Kindern ebenso komplex wie mögliche Ursachen oder Folgen für das Kind und/oder das Familiensystem. Frühgeborene werden in der Literatur als stärker betroffen dargestellt, eine Essstörung auszubilden als Reifgeborene, die Komplexität dieses Problems wurde bisher jedoch nur unzureichend untersucht. So wurde der Zusammenhang von essgestörten Frühgeborenen und deren intensivmedizinischer Betreuung in der Literatur dargestellt und auch die Entwicklungsdefizite beim Erlernen des Hunger- und Sättigungsgefühls sowie der Ausbildung der Kompetenz zur Nahrungsaufnahme. Wenig ist jedoch dazu bekannt, wie sich die psychosoziale Situation der Eltern und des Familiensystems darstellt, wenn sich eine Essstörung beim Frühgeborenen ausbildet. Gerade diese Problematik näher zu untersuchen soll Fokus der vorliegenden Studie sein.

3. Methoden

3.1 Forschungsfragen

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, ob die Eltern von Frühgeborenen mit Essstörung ein höheres Maß an psychosozialen Problemen angeben als die Vergleichsgruppe. Zusätzlich soll geprüft werden, bei wie viel Prozent der sehr kleinen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1500g und einer Entbindung vor der 32. Schwangerschaftswoche sich eine Essstörung entwickelt und inwiefern sich die psychosozialen Probleme der Eltern gegenüber Eltern differenzieren, deren Kinder keine Essstörung entwickelt haben.

Da die verwendete Fragebogenbatterie ausschließlich auf Selbstauskunft der Eltern basiert, was zu einer Verzerrung durch Abwehr und soziale Erwünschtheit führen kann, werden die Gewichtsperzentile des Kindes zum jeweiligen Messzeitpunkt mit der Aussage über eine vorliegende Essstörung abgeglichen.

Hypothese 1:

Bei sehr kleinen Frühgeborenen mit Essstörung, Geburtsgewicht < 1500g und Entbindung vor der 32. SSW, zeigen sich psychosoziale Probleme bei den Eltern in einem höheren Maße als bei der Vergleichsgruppe, sehr kleine Frühgeborene ohne Essstörung.

In einem weiteren Schritt soll überprüft werden, ob die Essstörung das Resultat der Interaktion zwischen nahrungsaufnehmendem Kind und nahrungsgebender Bezugsperson ist. Gerade in einer von Geburt an intensivmedizinischen Versorgung, bei der die Eltern an ein hohes Maß an Kontrolle durch die physiologische Überwachung des Kindes gewöhnt sind, könnte die Phase der Individuation und Separation des Kindes, welche sich auch in der Fütterszene zeigt, als eine kritische Phase gesehen werden, in der durch ein Missverhältnis in der Interaktion eine Essstörung entstehen könnte. Dies würde sich daran zeigen, dass die Essstörungen vornehmlich in dem 7.-9. Lebensmonat auftreten, der in dieser Studie mit dem Messzeitpunkt T2 übereinstimmt. Es wird somit angenommen, dass Eltern von Kindern mit einer Essstörung in einem höheren Maße von psychosozialen Problemen belastet sind, was in den Bereichen Angst und Depression, Bindungsstil und Familiendynamik durch erhöhte Werte gegenüber den Eltern von Kindern ohne Essstörung deutlich wird. Auch der Bereich der Alexithymie soll näher evaluiert werden, da er untersucht, inwiefern die Eltern Gefühle identifizieren und beschreiben können und in der Folge auch darauf reagieren können.

Hypothese 2:
Die Essstörungen der sehr kleinen Frühgeborenen treten vornehmlich zwischen dem siebten und neunten Lebensmonat des Kindes auf und zeigen ein hohes Maß an psychosozialen Problemen bei den Eltern.

Davon ausgehend, dass Eltern von Frühgeborenen einer hohen psychosozialen Belastung unterliegen, wie die Darstellung im Theorieteil der vorliegenden Arbeit zeigt, soll überprüft werden, ob die Einschätzung des kindlichen Temperaments bei essgestörten Frühgeborenen durch die Eltern als übermäßig auffällig beschrieben wird. Darüber hinaus soll geprüft werden, ob das Vorliegen einer Essstörung beim Frühgeborenen einen bedeutsamen Einfluss auf die Veränderung der Ausprägung der Temperamentseinschätzung über die Messzeitpunkte hat. Die Temperamtseinschätzung erfolgt anhand der Angaben der Eltern im Infant-Characteristic-Questionnaire und soll zwischen den Eltern von Frühgeborenen mit und ohne Essstörung verglichen werden. In einem letzten Schritt wird geprüft, ob die Einschätzung des Temperaments von Eltern essgestörter Frühgeborener sich von der Eichstichprobe, anhand derer das Temperamt sverfahren evaluiert wurde, unterscheidet.

Hypothese 3:
Es wird angenommen, dass sich Unterschiede zwischen den Eltern beider Untergruppen in der Bewertung des kindlichen Temperaments und im Vergleich zur Normstichprobe zeigen.

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

In der Studie wurden alle lebendgeborenen sehr kleinen Frühgeborenen, die mit einem Geburtsgewicht geringer als 1500 Gramm und Entbindung vor der 32. Schwangerschaftswoche in der neonatologischen Sprechstunde am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Gießen im Zeitraum von Mai 2012 bis April 2014 vorstellig werden, eingebunden.
Ausgeschlossen wurden Säuglinge, die Fehlbildung innerer Organe, im Bereich des Abdomens oder des Thorax erlitten und/oder die kardiologische Erkrankung hatten, die zu Essstörung führen können, bei denen eine Chromosomenstörung nachgewiesen werden konnte oder die an einem Hydrops fetalis litten. Auf Seiten der Eltern wird ein unzureichender deutscher Sprachwortschatz als Ausschlusskriterium gesehen.

3.3 Teilnehmer

Insgesamt sagten 41 Elternpaare in der Woche vor der geplanten Entlassung von der Säuglingsstation die Teilnahme an der Studie zu, die im Rahmen der pädiatrisch-entwicklungsneurologischen Sprechstunde, die auch Neonatologische Sprechstunde genannt wird, am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Gießen durchgeführt wurde. Allen Eltern wurde eine Probandenerklärung ausgehändigt, die durch die Ethik-Kommission des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität mit positivem Votum genehmigt wurde[1]. Ein Elternpaar nahm trotz initialer Zustimmung nicht an der Studie teil, indem sie nach Auftreten einer Essproblematik vor dem ersten Messzeitpunkt T0 die Fragebögen nicht einreichten (siehe 4.1 Einzelfallbeschreibung). Letztlich verbleiben somit 40 Studienteilnehmer.

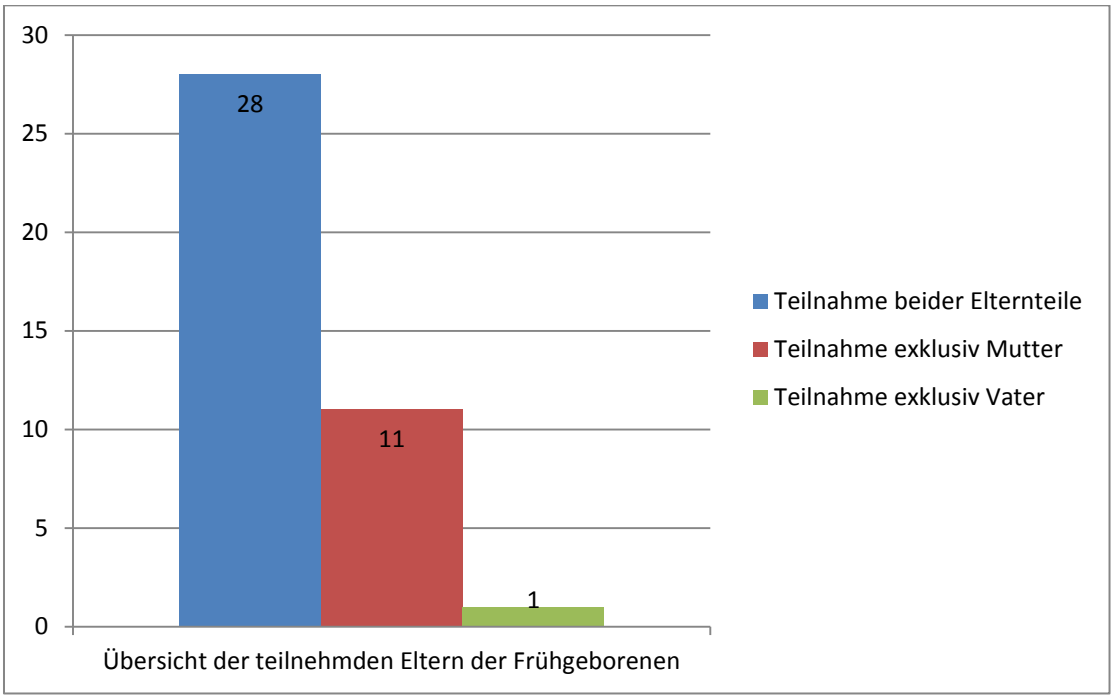


Abbildung 1: Übersicht der teilnehmenden Eltern

In Ergänzung zu Abbildung 1 ist festzuhalten, dass eine Mutter alleine an der Studie teilnahm, weil sie sich bereits pränatal vom Kindsvater trennte und der exklusiv teilnehmende Vater eines Frühgeborenen alleinerziehend aufgrund des Versterbens der Kindsmutter unter geburtlichen Komplikationen geworden ist.

[1] Ethik-Kommission am Fachbereich Medizin, Gaffkystraße 11c, 35385 Gießen. AZ.: 39/12. Probandenaufklärung siehe Anhang.

Insgesamt lehnten 13 Elternpaare die Teilnahme an der Studie ab, 4 Elternpaare konnten aufgrund unzureichender deutscher Sprachkenntnisse nicht teilnehmen und 23 wurden aus der Studie aufgrund der anderen Ausschlusskriterien ausgeschlossen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht der nicht berücksichtigten Teilnehmer

Ausschlusskriterium	Anzahl der Probanden	Anzahl in Prozent
Verstorben	9	11,4%
Schwere Fehlbildung innerer Organe	2	2,5%
Schwere Fehlbildung des Thorax	4	5,1%
Nachgewiesene Chromosomenstörung	1	1,3%
Kardiologische Erkrankungen	4	5,1%
Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	1	1,3%
Hydrops fetalis	1	1,3%

3.4 Datenerhebung

Der Anamnesebogen wurde den Eltern ungefähr 2 Wochen nach dem stationären Entlassungsdatum zugesandt, die Zusendung der Fragebogenbatterie (siehe 3.5 Fragebogenbatterie) erfolgte stets 4 Wochen vor dem Termin in der Neonatologischen Sprechstunde. Maximal wurde den Eltern die Fragebogenbatterie somit 8 mal zugesandt, da die Frühgeborenen 3 Monate nach dem Entlassungstermin, der in der Regel um den errechneten Geburtstermin liegt, zum ersten Mal in der Neonatologischen Sprechstunde vorstellig werden und bis zum 2. Lebensjahr des Kindes alle drei Monate zum Follow up einbestellt werden (siehe Tabelle 2). Die Vereinbarung der Termine erfolgt in Abstimmung mit den Eltern, sodass es vorkommen kann, dass Frühgeborene zu T7 bereits den 24. Lebensmonat erreicht haben, und so zu diesem Messzeitpunkt keine Vorstellung in der Neonatologischen Sprechstunde mehr erfolgt. Den Eltern entstanden durch das Mitbringen der ausgefüllten Fragebögen keine weiteren Kosten.

Tabelle 2: Übersicht der einzelnen Zeitpunkt der Befragung und der dazugehörige Lebensmonat

Befragungszeitpunkt	Lebensmonat
T0	0.-3. Lebensmonat
T1	4.-6. Lebensmonat
T2	7.-9. Lebensmonat
T3	10.-12. Lebensmonat
T4	13.-15. Lebensmonat
T5	16.-18. Lebensmonat
T6	19.-21. Lebensmonat
T7	22.-24. Lebensmonat

3.5 Fragebogenbatterie

Die Fragebogenbatterie zur Erfassung der für die Forschungsfragen benötigten Variablen setzt sich aus sechs verschiedenen Fragebögen (siehe Tabelle 3) zusammen, in denen die Eltern der Probanden Auskunft über das Essverhalten des Kindes sowie ihre pränatal psychosoziale Situation und die psychosoziale Situation der Eltern zwischen dem 0. und 24. Lebensmonat der Probanden, entsprechend der jeweiligen Messzeitpunkte, geben (siehe Tabelle 2). Die Fragebögen der Selbstauskunft werden nun im Detail beschrieben und können dem Anhang entnommen werden.

Tabelle 3: Übersicht der verwendeten Fragebögen

Fragebogen	Messzeitpunkt
Anamnesebogen	T0
Fragebogen zur Essstörung bei Frühgeborenen	T0 – T7
Infant Characterstic Questionnaire	T0 – T7
Adult Attachment Scale	T0 – T7
Hospital Anxiety and Depression Scale – deutsche Version	T0 – T7
Toronto-Alexithymie-Skala-26	T0 – T7
Allgemeine Familienbögen	T0 – T7

3.5.1 Anamnesebogen

Der verwendete Anamnesebogen wird in der Kinder- und Familienpsychosomatik, Abteilung Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie, am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Gießen für die Patientengruppe von 0-5 Jahren eingesetzt und ist angelehnt an die Anamnestischen Dokumentationsbögen vom M. Cierpka, M. Dornes, E. Hédervàri-Heller, N. von Hofacker, M. Papoušek, C. Thiel-Bonney und H. von Voss [2] . Aus dieser Zusammenstellung zur Erfassung der psychosozialen Faktoren prä- und postnatal werden Daten zu folgenden Kategorien gewonnen, die besonders im Kontext der Forschungsfrage als relevant anzusehen sind.

Tabelle 4: Verwendete Kategorien aus dem Anamnesebogen

Kategorien	**Erfasste Inhalte**
Vorangegangene Schwangerschaften und Geburten	Bestehen einer vorangehenden Phase der ungewollten Unfruchtbarkeit Zeitpunkt der Frühgeburt
Zur Schwangerschaft	Geplante Schwangerschaft Bestehen seelischer Belastungen während der Schwangerschaft Bestehen sozialer Belastungen während der Schwangerschaft Bestehen medizinischer Komplikationen
Die Geburt	Die Geburt als belastende Erfahrung
Das Neugeborene	Geburtsgewicht, Geburtslänge, Kopfumfang Zeit der Beatmung in Tagen Zeit der Sondenernährung in Tagen
Entwicklung des Kindes	Temperament des Kindes in den ersten 4-6 Wochen Stillen des Kindes Auftreten von Ernährungsstörungen
Die Betreuung des Kindes	Vorwiegende Betreuung des Kindes Wechsel in der Betreuung des Kindes

[2] Siehe Anhang

3.5.2 Fragebogen zur Essstörung bei Frühgeborenen

Der von Grass (2012) entwickelte Fragebogen zum Thema Essstörungen bei Frühgeborenen wurde bereits am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Gießen in der Neonatologischen Sprechstunde eingesetzt und orientiert sich an den Kriterien des DSM-IV. In der vorliegenden Studie wurde exklusiv der spezielle Teil des Fragebogens zum Thema Essstörung verwendet, da der allgemeine Teil, der sozioökonomische Daten erhebt, in dieser Studie durch den Anamnesebogen, wie in Punkt 3.5.1 beschrieben, ersetzt wurde. Die Eltern der Studienteilnehmer geben in dem Fragebogen zur Essstörung bei Frühgeborenen Auskunft über das Essverhalten zum jeweiligen Messzeitpunkt, somit in der Summe bis zu acht Mal, indem sie in den Kategorien komplette Nahrungsaufnahme, inkomplette Nahrungsaufnahme, selektive Nahrungsverweigerung, Erbrechen und Verschlucken mit den Ausprägungsgraden „Nie“ (0 Punkte), „Selten“ (1 Punkt), „Manchmal“ (3 Punkte), „Häufig“ (5 Punkte) und „sehr häufig“ (7 Punkte) das Essverhalten ihrer Kinder in den letzten vier Wochen vor Abgabe der Bögen beschreiben. Mittels eines aufsteigenden Scoringsystems wurde dann die Summe des von den Eltern beschriebenen Essverhaltens in den oben beschriebenen fünf, für eine Essstörung besonders relevanten, Kategorien gebildet, bei denen eine Punktzahl von 0 bis 35 zu erreichen und bei dem Cut off von 10 von einer Essstörung auszugehen ist. In besonderem Maße wird in dem Scoringsystem von Grass die frühkindliche Essstörung berücksichtigt, in dem man bei der Auskunft durch die Eltern eines „sehr häufig“ auftretenden Symptoms in einer Kategorie von einer monosymptomatischen Essstörung ausgehen kann. Zur Reliabilität und Validität des Fragebogens für Essstörungen bei sehr kleinen Frühgeborenen liegen keine Angaben vor.

3.5.3 Infant Characteristic Questionnaire

Der „Infant Characteristic Questionnaire“ ist ein Fremdratinginstrument mit 25 Items zur Einschätzung des kindlichen Temperaments in den Kategorien Irritierbarkeit, Anpassungsfähigkeit, Ruhe und Vorhersagbarkeit, die mittels der Auswertungskategorien „aufgebracht, schwierig“, „nicht anpassungsfähig“, „behäbig, schwerfällig“, „unvorhersagbar“ bewertet werden. Es gibt Hinweise auf die Validität des Tests, es werden keine Aussagen zur Reliabilität getroffen. (Bates et al. 1985, zitiert nach Brosig, Döring, Jennessen, Kolbinger, Lehmann und Zimmer, 2010)

Gerade die Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Bezugspersonen kann weitere Aufschlüsse darüber geben, wie das Kind durch die Eltern wahrgenommen wird und inwieweit dies auch die Interaktion beeinflussen kann. In der Studie werden beide Eltern

getrennt voneinander gebeten das Temperament des Kindes einzuschätzen, um eventuelle grundlegende Unterschiede in der Wahrnehmung zu verdeutlichen.

3.5.4 Adult Attachment Scale

Die Adult Attachment Scale (AAS) wurde in der vorliegenden Studie als revidierte Version verwendet und erhebt mittels 15 Items die Bindungsstile der Bezugsperson in Form von Skalen der Selbstbeurteilung:

Skala 1: Nähe

Skala 2: Vertrauen

Skala 3: Angst

Die Eltern der Probanden tätigen in der AAS Einschätzungen zu Aussagen in einer Bewertung von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt genau“. Zur internen Konsistenz (Cronbach´s α) der deutschsprachigen Adult Attachment Scale ist festzuhalten, dass Skala 1 „Nähe“ ein α = .72, Skala 2 „Vertrauen“ ein α = .78 und Skala 3 „Angst“ ein α= .78 erreichen. Die konvergente und diskriminante Validität gilt als gesichert. (Schmidt, Strauß, Höger und Brähler, 2004)

Die Adult Attachment Scale ist insbesondere für die vorliegende Forschungsfrage von Relevanz, da sie die Bindungsstile der Eltern kategorisiert. Darüber hinaus zeigt Skala 1, „Offenheit für Nähe“, inwieweit sich die Eltern grundsätzlich auf eine andere Person einlassen können. Skala 2, „Vertrauen, dass eine andere Person da ist“ gibt Auskünfte darüber, ob die Eltern sich in schwierigen Situationen auf andere einlassen können und über Ressourcen verfügen, die auch davon wissen. Letztlich zeigt Skala 3, „Angst vor Verlassenwerden“, ob es Konflikte zwischen den Partnern gibt und die Beziehung in einem nicht gänzlich gesicherten Status wahrgenommen wird.

3.5.5 Hospital Anxiety and Depression Scale – deutsche Version

„14 Items (je 7 pro Subskala in alternierender Abfolge) mit vierstufigen itemspezifischen Antwortmöglichkeiten (0-3) und wechselnder Schlüsselrichtung“ (Herrmann, Buss und Snaith, 2005, 11) ermitteln Angst und Depression der Eltern der Probanden durch die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Die interne Konsistenz wird mit (Cronbach´s α Koeffizient) bei der Angstskala mit α = .80 und der Depressionsskala mit α = .81 angegeben. (vgl. Herrmann et al., 2005)

Die Erfassung von Angst und Depression bei den Eltern der Probanden ist wichtig, um deren klinisches Bild bei vorliegender Essstörung des Kindes zu verstehen. Gerade klinisch

ängstliche Patienten zeigen sich stark verunsichert in neuen und problembehafteten Situationen und es ist davon auszugehen, dass gerade Betreuungspersonen mit hohen Werten der Angst und Depression sich nur bedingt auf die Interaktion mit dem Säugling einlassen können.

3.5.6 Toronto-Alexithymie-Skala-26

Die Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26) ermittelt die Wahrnehmung und Kommunikation von Affekten der Bezugsperson mittels der folgenden Skalen, indem die Eltern der Probanden sich selbst in Relation zu den Beurteilungen „trifft gar nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „teils/teils“, „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ der vorgegebenen Aussagen setzen:

Skala 1: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen

Skala 2: Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

Skala 3: Extern orientierter Denkstil

Gesamtskala: Alexithymie

Die interne Konsistenz (Cronbach´s α) des TAS-26 liegt in Skala 1, „Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen“, bei α = .84, in Skala 2, „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“, bei α = .69, in Skala 3, „extern orientierter Denkstil“, bei α = .67 und im Gesamtwert „Alexithymie“ bei α = .81. Die Reliabilität für Skala 1 und die Gesamtskala kann mit einer Spearman Split-Half-Reliabilität von 0.84 und 0.83 als gut und für Skala 2 und 3 mit einer Spearman Split-Half-Reliabilität von 0.70 und 0.65 als befriedigend angesehen werden (Kupfer, Brosig und Brähler, 2001).

Die TAS-26 ist in Bezug auf die Forschungsfragen ein wertvolles Messinstrument, da sie Auskünfte darüber gibt, ob die Eltern ihre eigenen Gefühle und auch die der Kinder wahrnehmen und diese auch sich verändernden Gegebenheiten anpassen können. Gerade in Bezug auf die Esssituation sind das Wahrnehmen der kindlichen Signale und das Anpassen der eigenen Handlung wichtig, um sich mit dem Säugling in der Fütterszene zu adaptieren. Skala 2 schlüsselt bei den Bezugspersonen der Probanden auf, ob diese Schwierigkeiten in der Verbalisierung von Gefühlen und somit auf Ebene der Kommunikation besitzen. Ist dies der Fall, so kann dies bei bestehender Fütterstörung auf eine Interaktionsproblematik hinweisen (Kupfer et al., 2001).

3.5.7 Allgemeine Familienbögen

Die Familienbögen beschreiben das Wahrnehmen der eigenen Familie als System. Sie setzen sich insgesamt aus den drei Bögen „Allgemeiner Familienbogen“, „Zweierbeziehungsbogen“ und „Selbstbeurteilungsbogen“ zusammen. In der verwendeten Fragebogenbatterie wird exklusiv der „Allgemeine Familienbogen“ verwandt. Dieser misst mit 40 Items und liefert somit Auskunft über folgende Skalen, die das Familiensystem beschreiben. Weiterhin werden zwei Kontrollskalen „Soziale Erwünschtheit“ und „Abwehr“ gebildet. Zur Veranschaulichung sollen im Folgenden die einzelnen Skalen des „Allgemeinen Familienbogens“ sowie die dazugehörigen internen Konsistenzen (Cronbach´s α) dargestellt werden (Cierpka und Frevert, 1994):

(1) Aufgabenerfüllung: α = .661
(2) Rollenverhalten: α = .753
(3) Kommunikation: α = .533
(4) Emotionalität: α = .561
(5) Affektive Beziehungsaufnahme: α = .626
(6) Kontrolle: α = .513
(7) Werte & Normen: α = .457
(8) Soziale Erwünschtheit: α = .801
(9) Abwehr:α = .740

3.5.8 Statistische Auswertung

Mittels des Statistikprogramms SPSS, Version 22, wurde die statistische Auswertung vorgenommen. Das Signifikanzniveau wurde auf $p<0.05$ festgelegt.

Die Datenanalyse erfolgt in zwei Schritten: Zum einen erfolgt ein Teil als explorative Analyse, um interessierende Zusammenhänge, zu denen keine hypothetischen Annahmen gemacht wurden, zunächst beschreibend zu betrachten. Zum anderen werden die oben aufgestellten Hypothesen statistisch überprüft.

In Bezug auf die explorative Datenanalyse wird zunächst betrachtet, wie viele der Frühgeborenen zu welchem Zeitpunkt an einer Essstörung litten, dies geschieht durch eine einfache Darstellung der Häufigkeiten. Zur Überprüfung der Übereinstimmung zwischen subjektiver Einschätzung der Esssituation (kategoriale Selbstauskunft im Fragebogen) und der objektiven Ermittlung des Gewichtszustandes wird die Korrelation zwischen der Selbstauskunft und den gemessenen Gewichtsperzentilen der Frühgeborenen nach Kendell-Tau bestimmt und auf ihre Signifikanz überprüft. Um eventuelle Unterschiede zwischen

Müttern und Vätern in Bezug auf ihre Abwehrtendenzen und das Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit aufzuzeigen, wird ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Zur Überprüfung der ersten Annahme, dass Eltern mit essgestörten Frühgeborenen ein höheres Maß an psychosozialer Belastung zeigen als Eltern ohne essgestörte Frühgeborene, wird eine univariate Varianzanalyse durchgeführt. Die Messzeitpunkte T4 bis T6 werden aufgrund der geringen Fallzahlen nicht berücksichtigt.

Um die Annahme zu prüfen, dass sich das Verhältnis von essgestörten und nicht-essgestörten Frühgeborenen zu T2 (7.-9. Lebensmonat) von dem der anderen Messzeitpunkte unterscheidet, wird das Prüfverfahren nach Cochran angewendet, da es sich bei der Zielvariable um ein dichotomes Merkmal handelt.

Die Annahme, dass Eltern von Frühgeborenen, die eine Essstörung entwickeln, dieses bzgl. des Temperaments als übermäßig auffällig einschätzen, wird in mehreren Schritten geprüft. Zunächst wird mittels univariater Varianzanalyse geprüft, ob sich Eltern von Frühgeborenen mit, und solchen von Frühgeborenen ohne Essstörung signifikant hinsichtlich der Einschätzung verschiedener Temperamentsdimensionen unterscheiden. Um zu untersuchen, ob sich die Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Eltern (Gesamtgruppe) in statistisch bedeutsamer Weise über die Zeit hinweg verändert, wird eine univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Dabei wird zudem untersucht, ob das Vorliegen einer Essstörung beim Kind einen bedeutsamen Einfluss auf die Veränderung der Ausprägung der Temperamentseinschätzung über die Messzeitpunkte hat. Demnach wird die Temperamentseinschätzung als Innersubjektvariable und das Vorliegen einer Essstörung als Zwischensubjektvariable definiert.

Zuletzt wird anhand eines t-Test bei einer Stichprobe betrachtet, ob sich die Eltern von Frühgeborenen mit einer Essstörung in ihrer Einschätzung des kindlichen Temperaments in statistisch bedeutsamer Weise von der Eichstichprobe, anhand derer das Temperamentsverfahren evaluiert wurde, unterscheidet.

4. Ergebnisse

4.1 Probanden

Eingeschlossen in die Studie wurden alle Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500g und einer Entbindung vor der 32. Schwangerschaftswoche. Nach Kategorisierung des ICD-10 (2014) ergibt sich somit eine genaue Aufteilung der Probanden wie in Abbildung 2 und Abbildung 3 beschrieben. Von den 41 Probanden waren 45% (18) männlich und 55% (22) weiblich. Weitere wesentliche Parameter können Tabelle 5 entnommen werden.

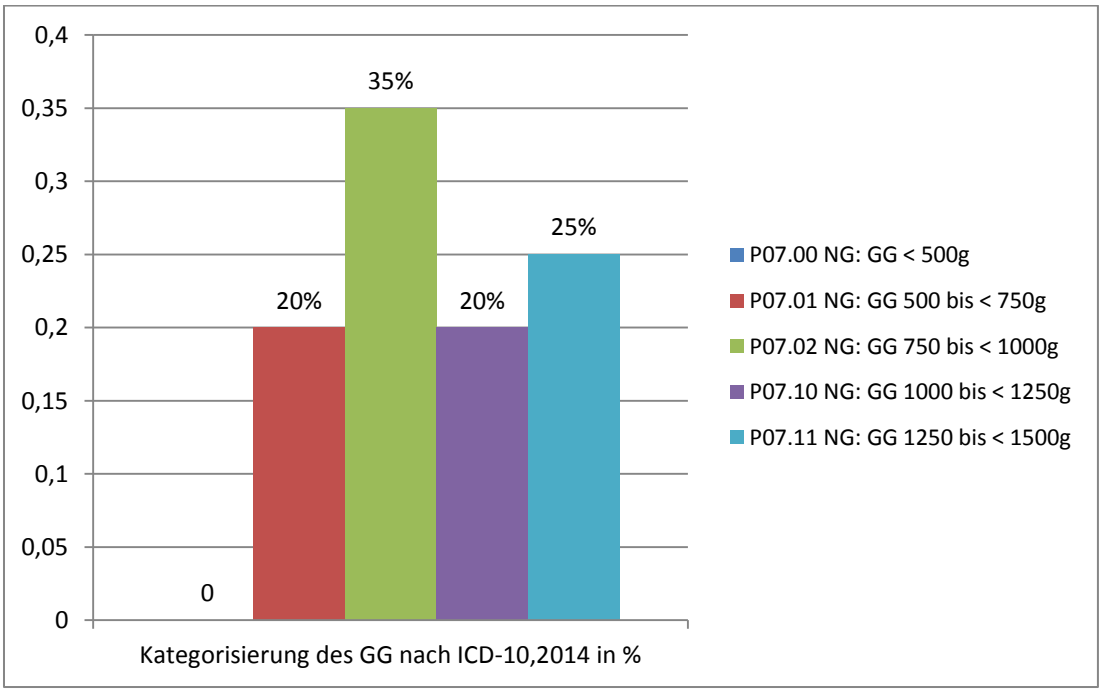


Abbildung 2: Geburtsgewicht der Teilnehmer

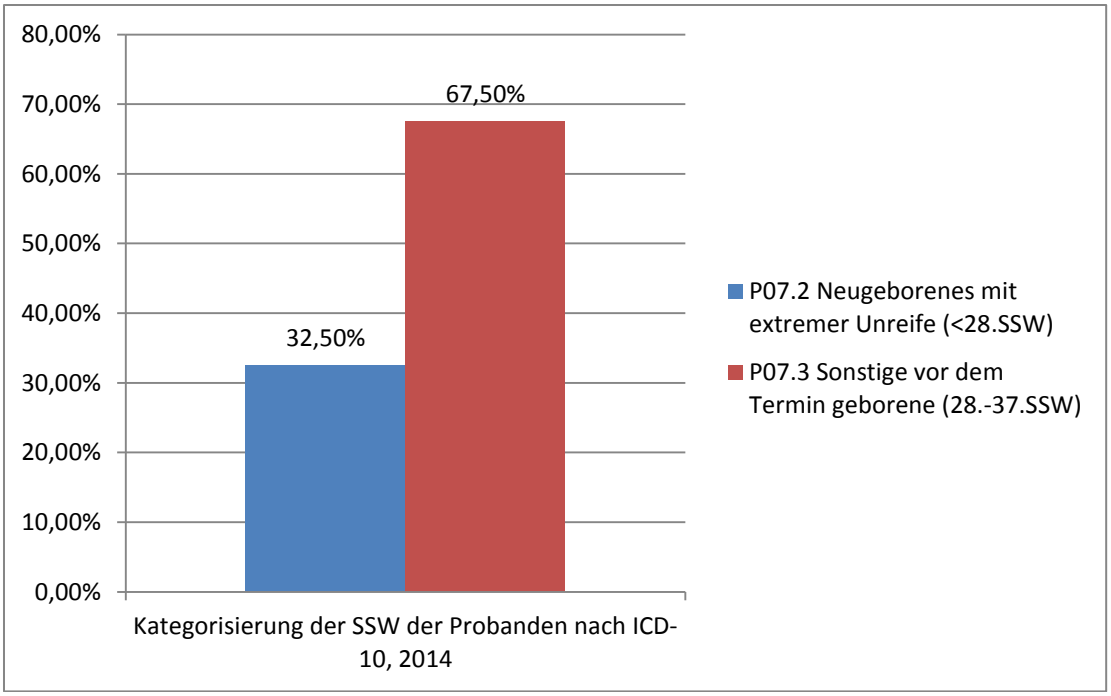


Abbildung 3: Entbindungswoche der Teilnehmer

Tabelle 5: Übersicht der medizinischen Parameter

Parameter (Alle Angaben in Tagen)	**Median [min.-max]**
Parenterale Ernährung	0,05 [0-1]
Teilparenterale Ernährung	9,8 [1-28]
Vollsondierung	18,4 [1-55]
Teilsondierung	35,25 [15-58]
Dauer bis zur 1. eigenständigen aufgenommenen, vollständigen Nahrungsmenge	54,23 [15-58]
Intubation	2,8 [0-30]
Atemunterstützung	13 [1-70]

4.2 Eltern der Probanden

Die Mütter der Probanden waren im Mittel zum Zeitpunkt der Entbindung 32,1 [19-43] Jahre und die Väter 34,2 [23-58] Jahre alt[3]. Der Bildungsstand ist Abbildung 4 zu entnehmen.[4]

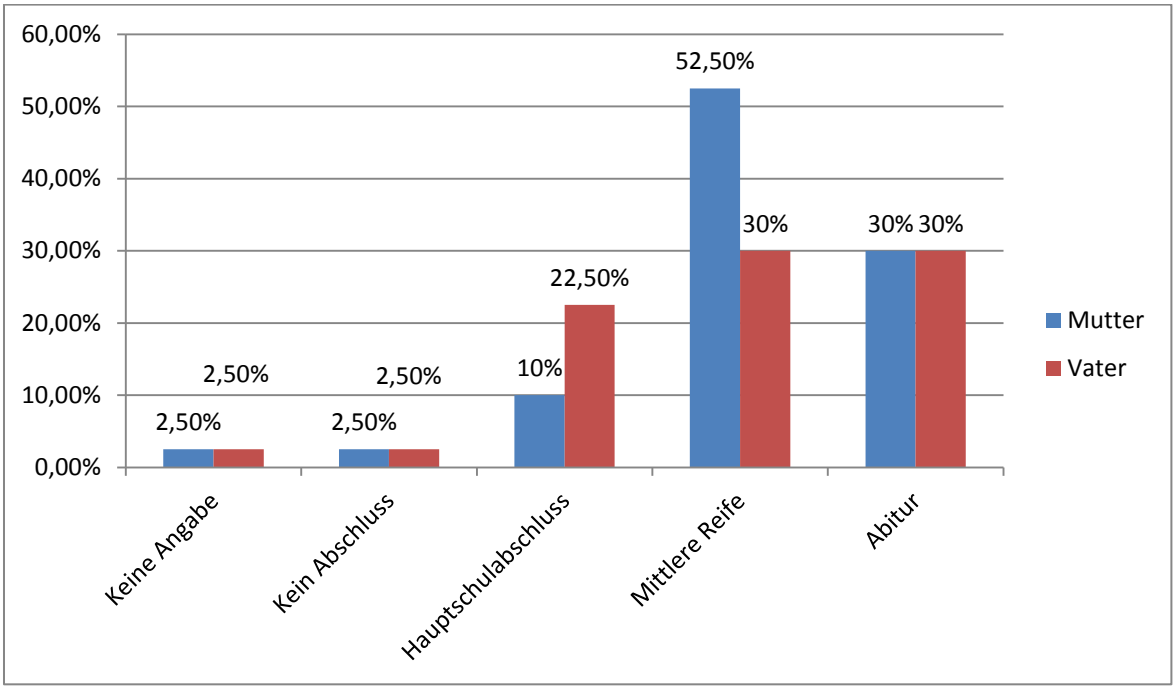


Abbildung 4: Übersicht Bildungsstand Eltern der Teilnehmer

92,5% der Eltern von Frühgeborenen erziehen das Kind oder die Kinder gemeinsam. 36 Mütter geben an, die Schwangerschaft des Frühgeborenen als Belastung erlebt zu haben, 2 Mütter verneinen dies und 2 enthalten sich der Angabe. Bei den Vätern enthalten sich 5 der Angabe, 27 haben die Schwangerschaft als Belastung erlebt und 8 geben die Schwangerschaft nicht als Belastung an.

Insgesamt stillten 82,5% der Mütter ihre Frühgeborenen, 15% haben dies als Belastung und 62,5% haben dies nicht als Belastung erlebt.

Die vorwiegende Versorgung wird zu 57,5% von beiden Elternteilen, zu 22% von der Mutter, zu 2,5% vom Vater und zu 12,5% von den Großeltern übernommen; 5% machten dazu keine Angabe.

[3] Die Eltern wurden gebeten auch das Alter der nicht teilnehmenden Elternteile anzugeben, sodass sich 40 Angaben auf Seiten der Mütter und 35 Angaben auf Seiten der Väter ergeben.

[4] Die Eltern wurden gebeten auch den Schulabschluss der nicht teilnehmenden Väter anzugeben, so dass 39 Angaben zum Schulabschluss der Mutter und 35 Angaben zum Schulabschluss der Väter gemacht wurden.

4.3 Essstörung zu den einzelnen Messzeitpunkten

Im Folgenden wird durch eine Übersicht deutlich, wie viele Probanden pro Messzeitpunkt teilgenommen haben und wie viel Prozent der einzelnen Essstörungen diesen charakterisieren. Insgesamt zeigten bis zum Messzeitpunkt T6 15 Probanden in diesen Verläufen eine Symptomatik der Essstörung auf, bei 2 von 15 blieb diese über 2 bzw. 3 Messzeitpunkte konstant.

Tabelle 6: Übersicht der Teilnehmer pro Messzeitpunkt

	Anzahl der Probanden	**Keine Essstörung**	**Essstörung**	**Monosympto-matische Essstörung**	**Essstörung und monosympto-matische Essstörung**
T0	39[5]	34 (87,2%)	2 (5,1%)	1 (2,6%)	2 (5,1%)
T1	32	28 (87,5%)	2 (6,3%)	2 (6,3%)	
T2	30[6]	25 (83,3%)	4 (13,3%)	1 (3,3%)	
T3	24[7]	21 (87,5%)	2 (8,3%)	1 (4,2%)	

Um sich zu den Perzentilen der Teilnehmer pro Messzeitpunkt einen Überblick zu verschaffen, folgen Abbildungen, die dies in Kategorien von der Perzentile bei Geburt bis zum letzten Messzeitpunkt darstellen. Ab T0 werden die Studienteilnehmer und deren Perzentilklassen der Gruppe „Essstörung“ oder „keine Essstörung“ zugeschrieben. Die Perzentilklassen beziehen sich auf die Einteilung von Voigt, Schneider, Jährig (1996), die bei den Neugeborenen zum Zeitpunkt der Geburt zwischen der 23. und 43. Schwangerschaftswoche für beide Geschlechter getrennt vergeben werden. Die Perzentilklassen der Mädchen und Jungen von null bis vier Jahre werden ebenfalls geschlechterspezifisch erhoben. (Krommeyer-Hauschild et al., 2001)

[5] Teilnehmer 17 hat den Fragebogen zur Essstörung bei Frühgeborenen unzureichend und somit ohne mögliche Auswertung beantwortet.
[6] Teilnehmer 43 hat den Fragebogen zur Essstörung bei Frühgeborenen unzureichend und somit ohne mögliche Auswertung beantwortet.
[7] Teilnehmer 11 hat den Fragebogen zur Essstörung bei Frühgeborenen unzureichend und somit ohne mögliche Auswertung beantwortet.

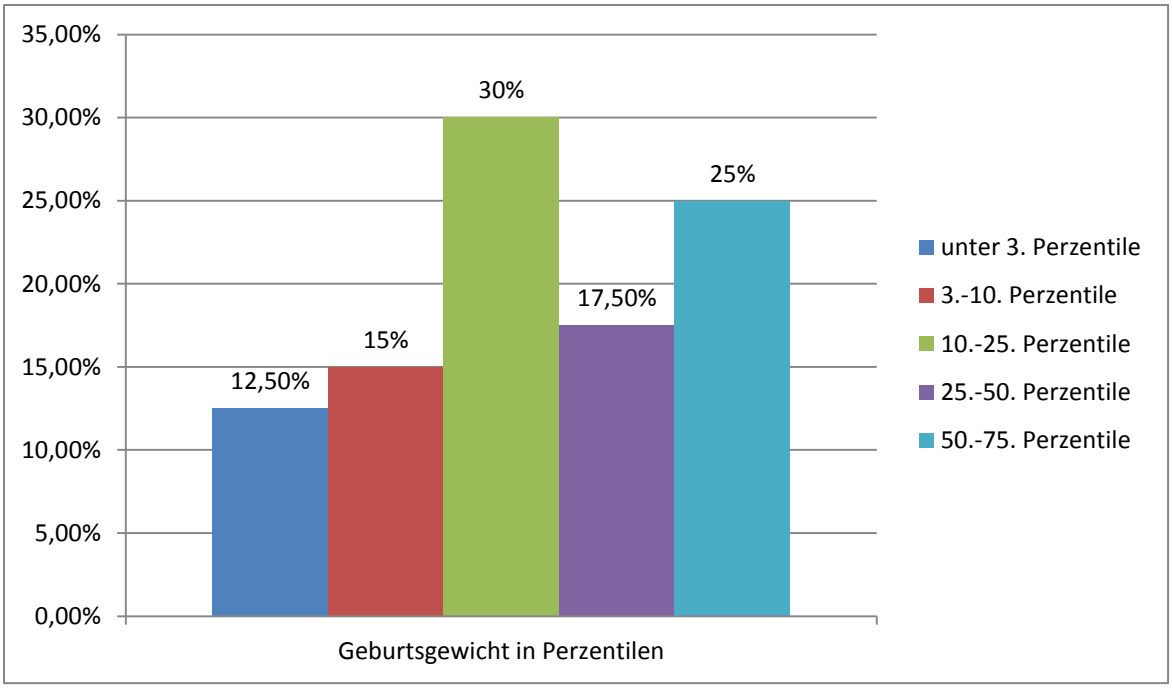


Abbildung 5: Perzentilen zum Geburtsgewicht

Der Hauptanteil von 30% der Früh geborenen wurde zwischen der 10. und 25. Gewichtsperzentile geboren (siehe Abbildung 5).

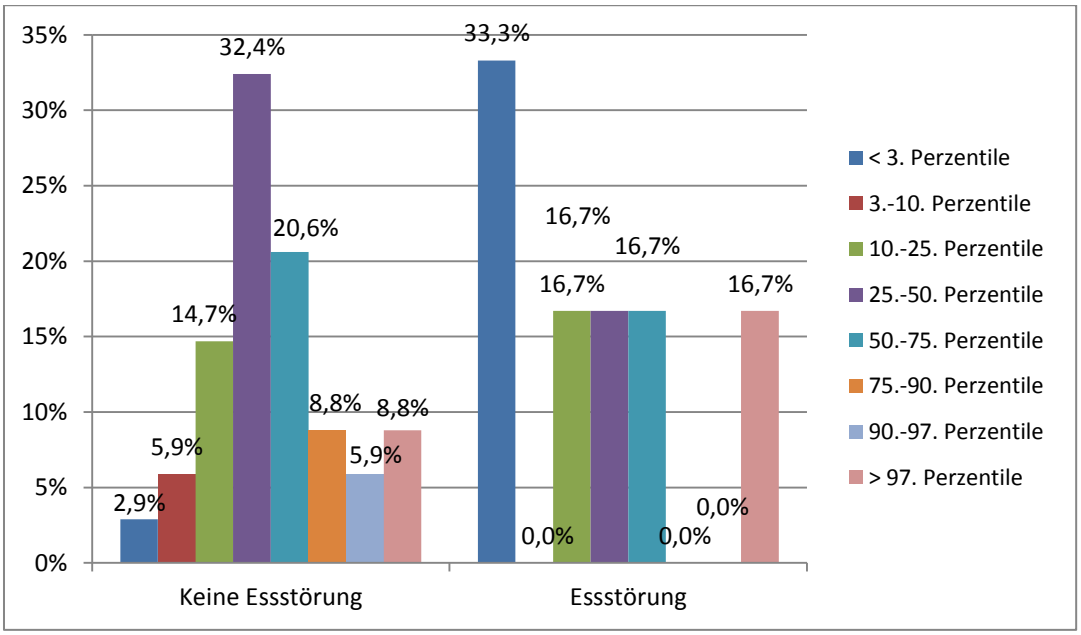


Abbildung 6: Perzentilklassen zu T0

Zum Messzeitpunkt T0 (*n*=40) zeigen 33,3% der essgestörten Frühgeborenen (*n*=6) ein Gewicht unter der 3. Perzentile. Bei den Frühgeborenen ohne Essstörung (*n*=34) liegt der Hauptanteil in Bezug auf die Gewichtsperzentile zwischen 25 und 50 (siehe Abbildung 6).

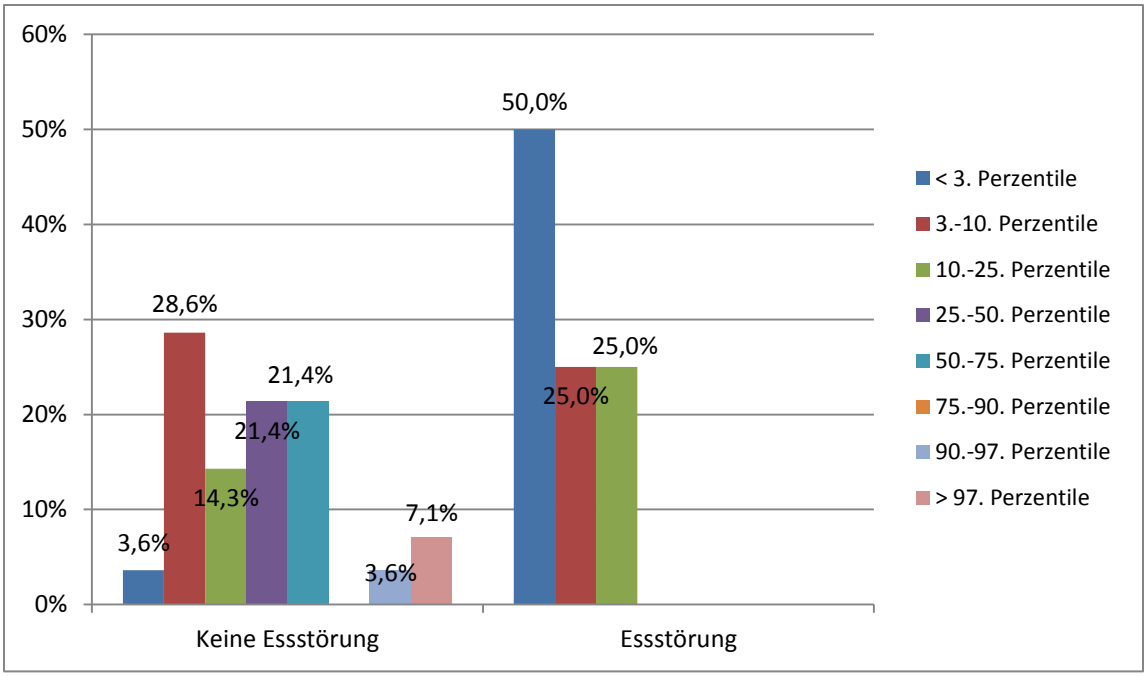


Abbildung 7: Perzentilklassen zu T1

Essstörung (*n*=4) unterhalb der 3. Perzentile. Bei den Frühgeborenen ohne Essstörung (*n*=28) liegen mit 28,6% die meisten zwischen der 3. und 10. Perzentile (siehe Abbildung 7).

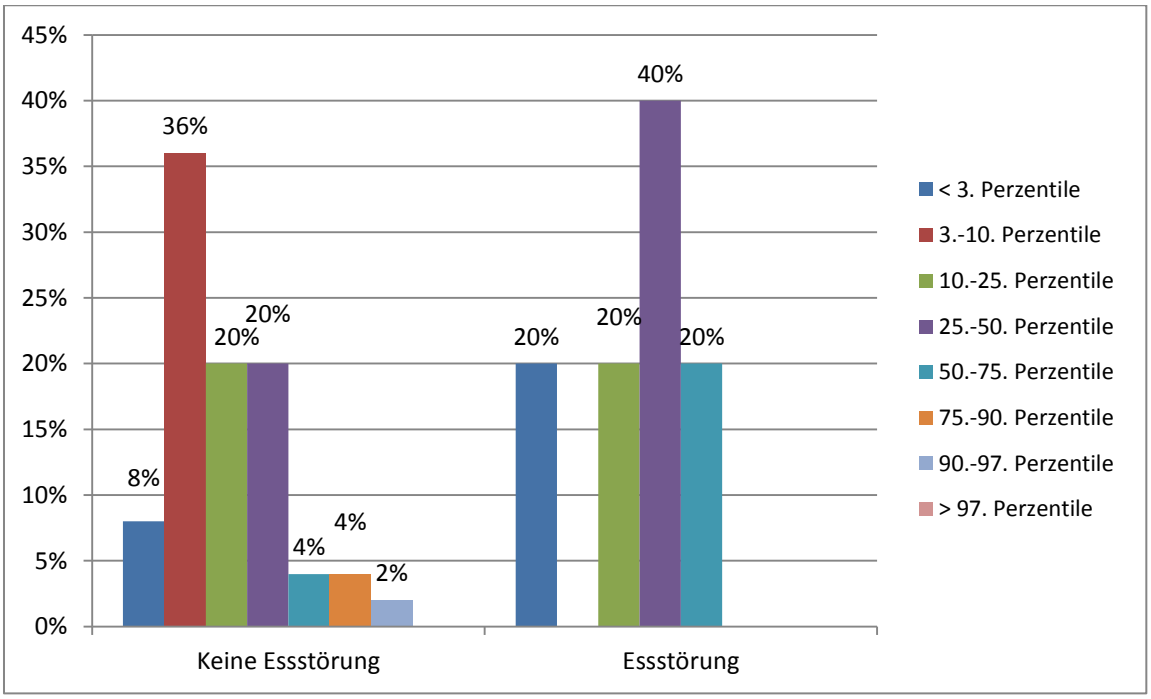


Abbildung 8: Perzentilklassen zu T2

Der Hauptanteil der Frühgeborenen ohne Essstörung (*n*=25) liegt zum Messzeitpunkt T2 mit 36% zwischen der 3. und 10. Perzentile. Die Frühgeborenen mit Essstörungen (*n*=5) befinden sich zu 40% zwischen der 25. und 50. Perzentile (siehe Abbildung 8).

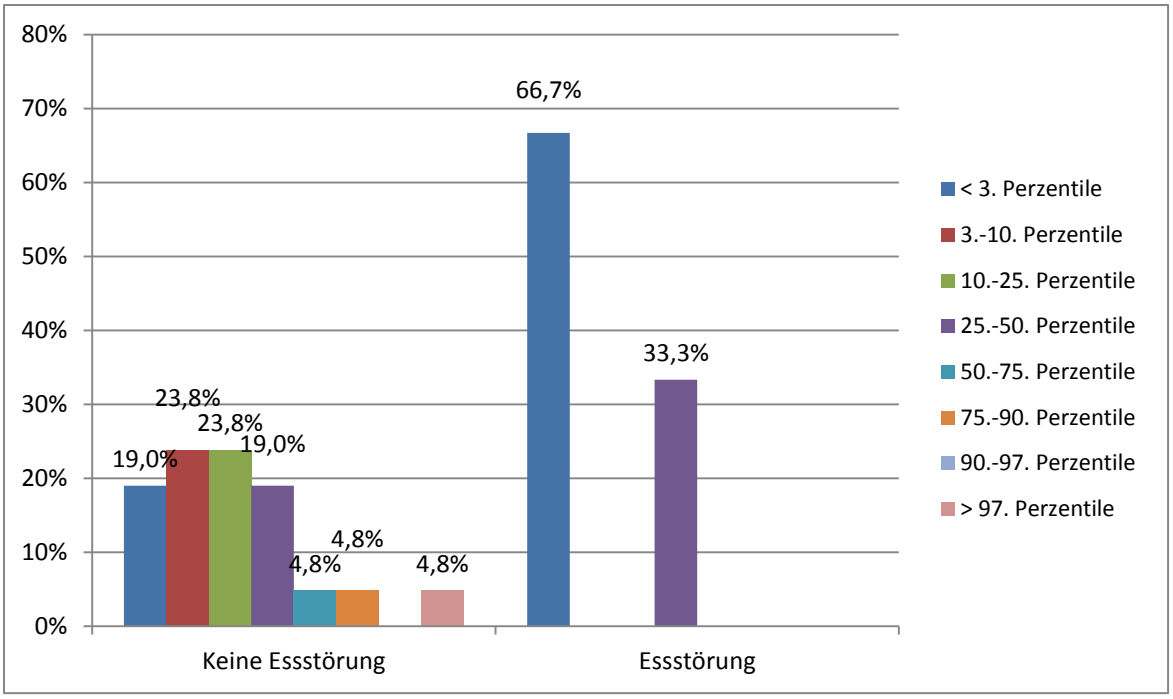


Abbildung 9: Perzentilklassen zu T3

Zum Messzeitpunkt T3 ist die Perzentilverteilung der Frühgeborenen ohne Essstörung (*n*=21) zwischen unter der 3. Perzentile bis zur 50. Perzentile relativ gleich verteilt. Die Frühgeborenen mit Essstörung belaufen sich auf drei, davon sind zwei unter der 3. Perzentile einzuordnen (siehe Abbildung 9).

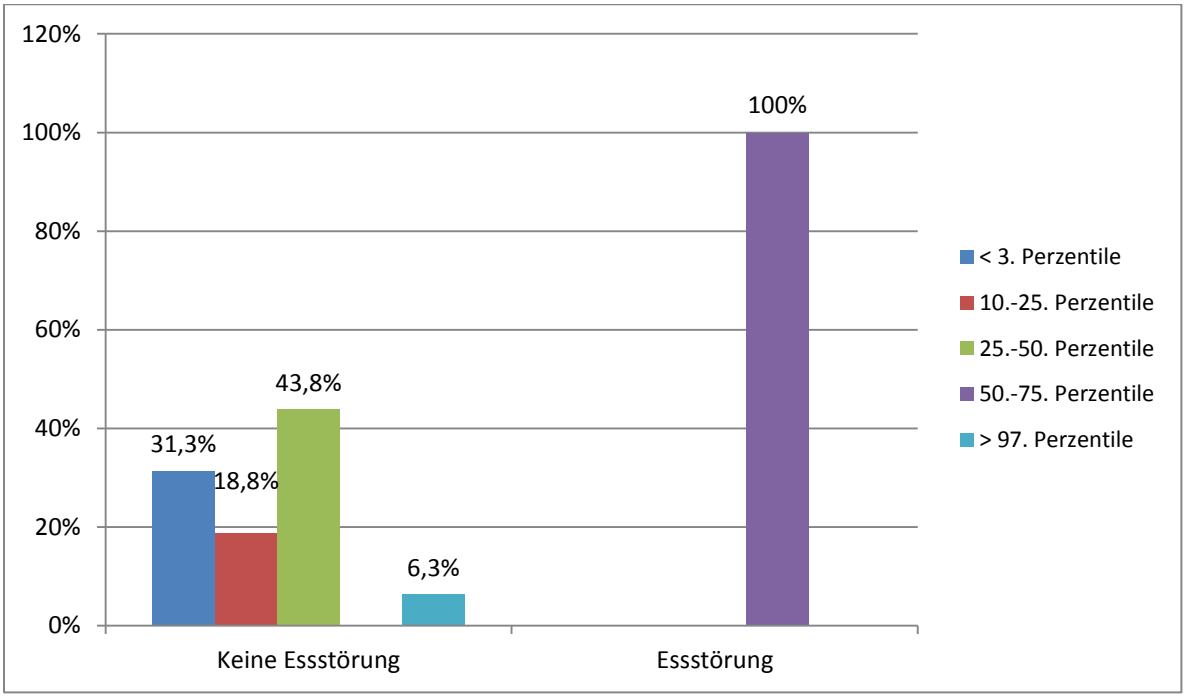


Abbildung 10: Perzentilklassen zu T4

Die Frühgeborenen ohne Essstörung (*n*=16) liegen mit 43,8% hauptsächlich zwischen der 25. und 50. Perzentile. Ein Frühgeborenes mit Essstörung zu diesem Messzeitpunkt T4 befindet sich zwischen der 50. und 75. Perzentile (siehe Abbildung 10).

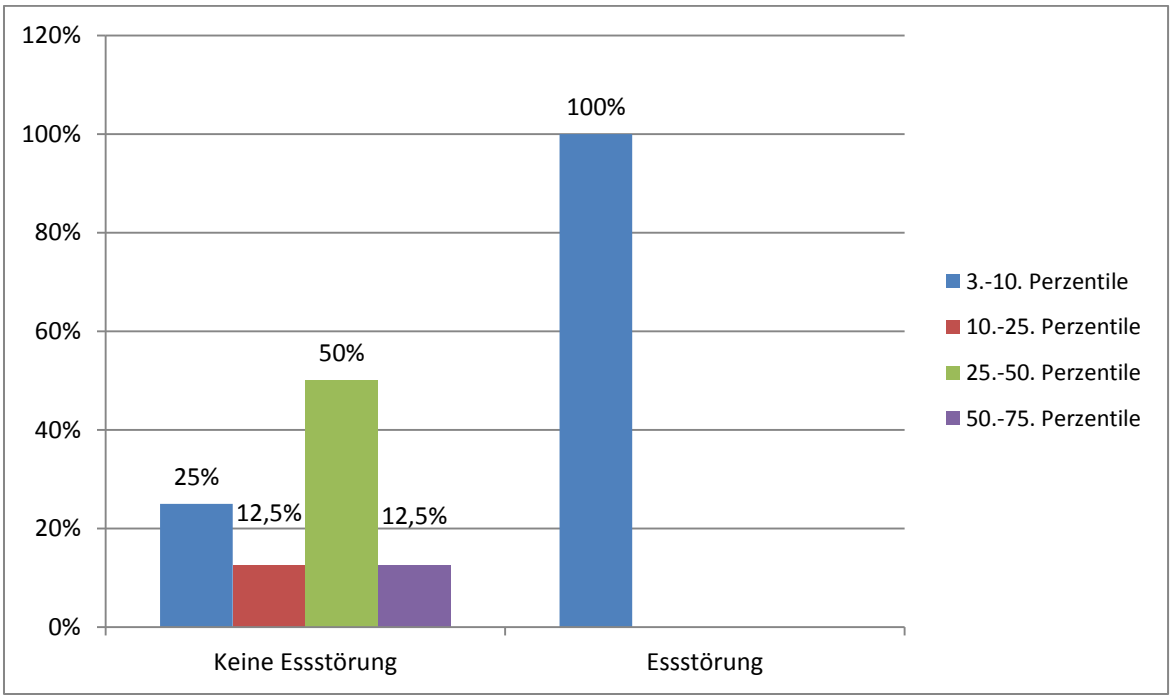


Abbildung 11: Perzentilklassen zu T5

Zum Messzeitpunkt T5 befinden sich die Frühgeborenen ohne Essstörung (*n*=8) zur Hälfte zwischen der 25. und 50. Perzentile. Ein Frühgeborenes mit Essstörung liegt zwischen der 3. und 10. Perzentile (siehe Abbildung 11).

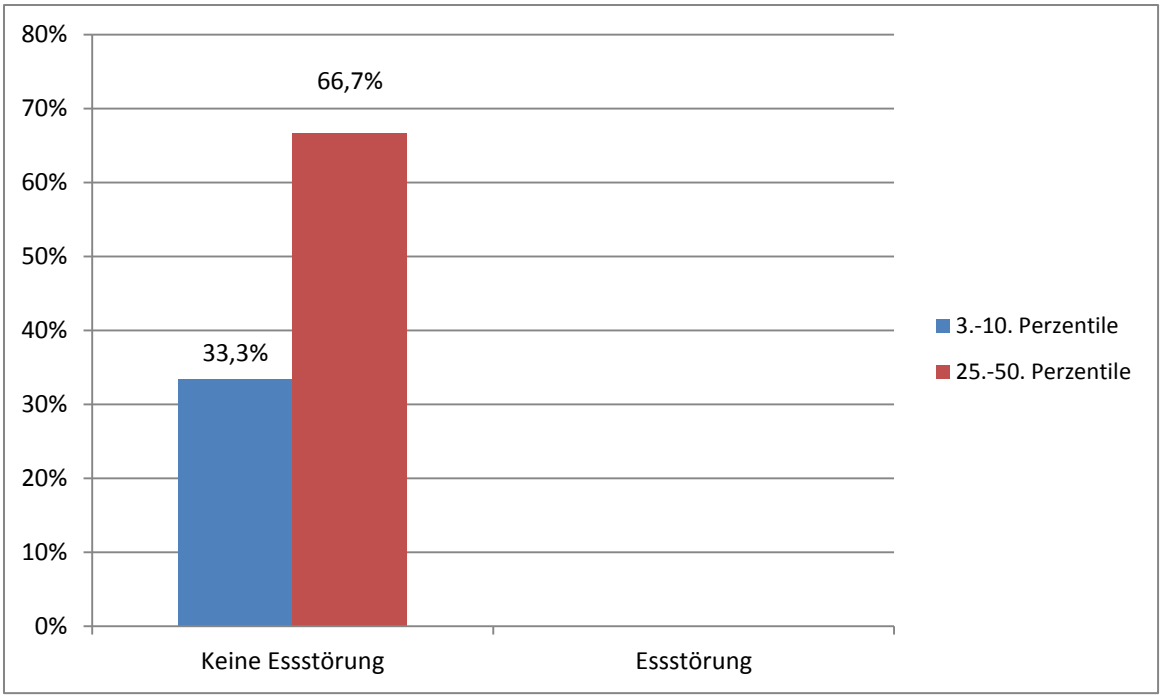


Abbildung 12: Perzentilklassen zu T6

Frühgeborene mit einer Essstörung sind zum Messzeitpunkt T6 nicht zu erfassen. Zwei der drei Frühgeborenen ohne Essstörung befinden sich zwischen der 25. und 50. Perzentile (siehe Abbildung 12).

Der Perzentilenverlauf der Studienabbrecher nach T0 (Abbildung 13) zeigt bei TN10, TN44 und TN70 einen steigendenden Perzentilenverlauf, wobei die Eltern von TN44 zum letzten Messzeitpunkt eine Essstörung und monosymptomatische Essstörung angeben (siehe Pfeil in Abbildung 13).

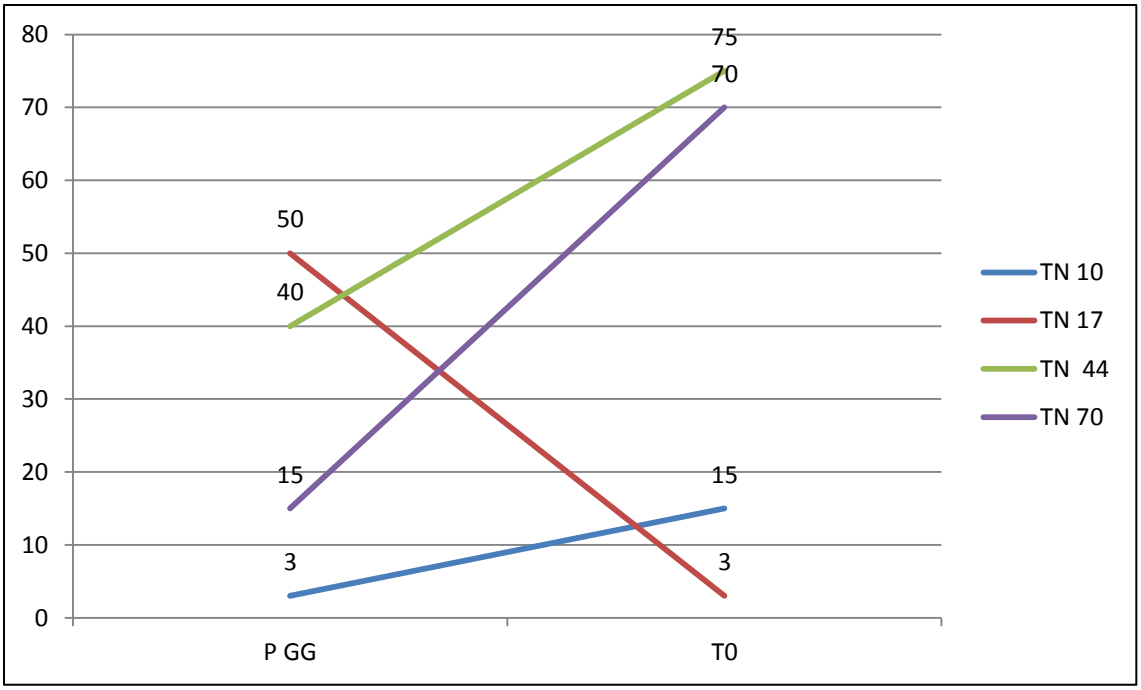


Abbildung 13: Perzentilenverlauf der Studienabbrecher nach T0

Der Perzentilenverlauf der Studienabbrecher nach T2 zeigt einen nur unzureichenden Gewichtsstatus. Eltern des TN22 gaben zu keinem Messzeitpunkt Probleme bei der Nahrungsaufnahme des Kindes an, Eltern des TN31 taten dies bei Messzeitpunkt 1 (siehe Abbildung 14).

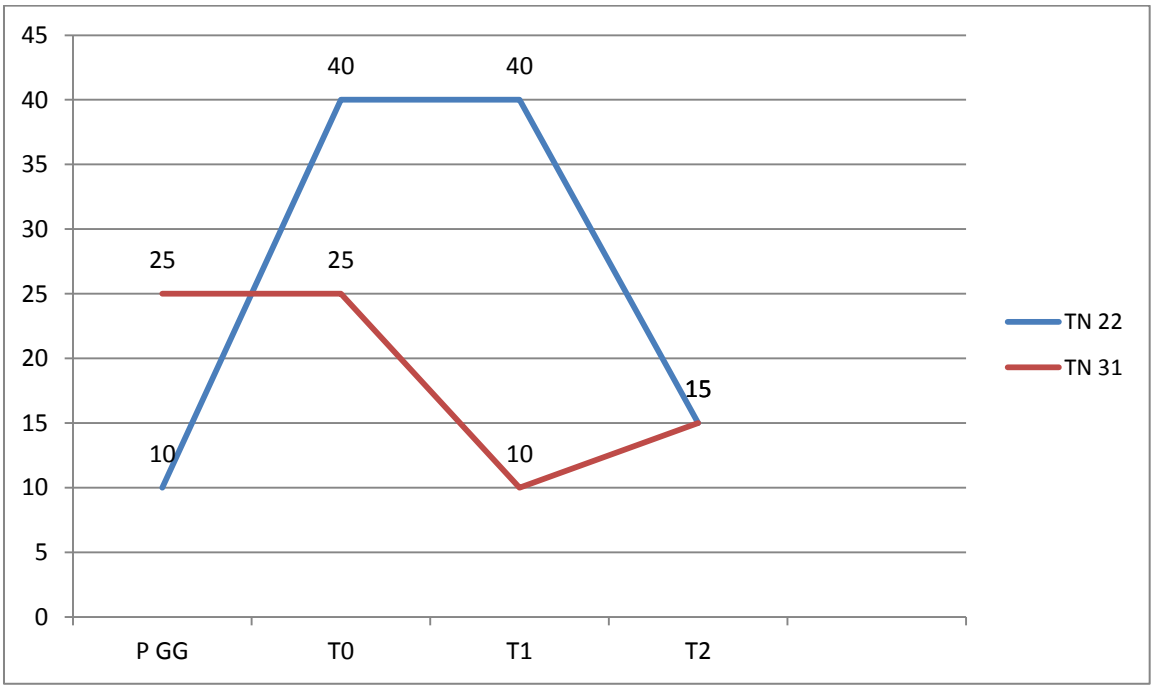


Abbildung 14: Perzentilenverlauf der Studienabbrecher nach T2

Die Eltern des TN14 brachen die Studie nach Messzeitpunkt T3 ab, eine Essstörung wurde exklusiv nach Messzeitpunkt T1 angegeben.

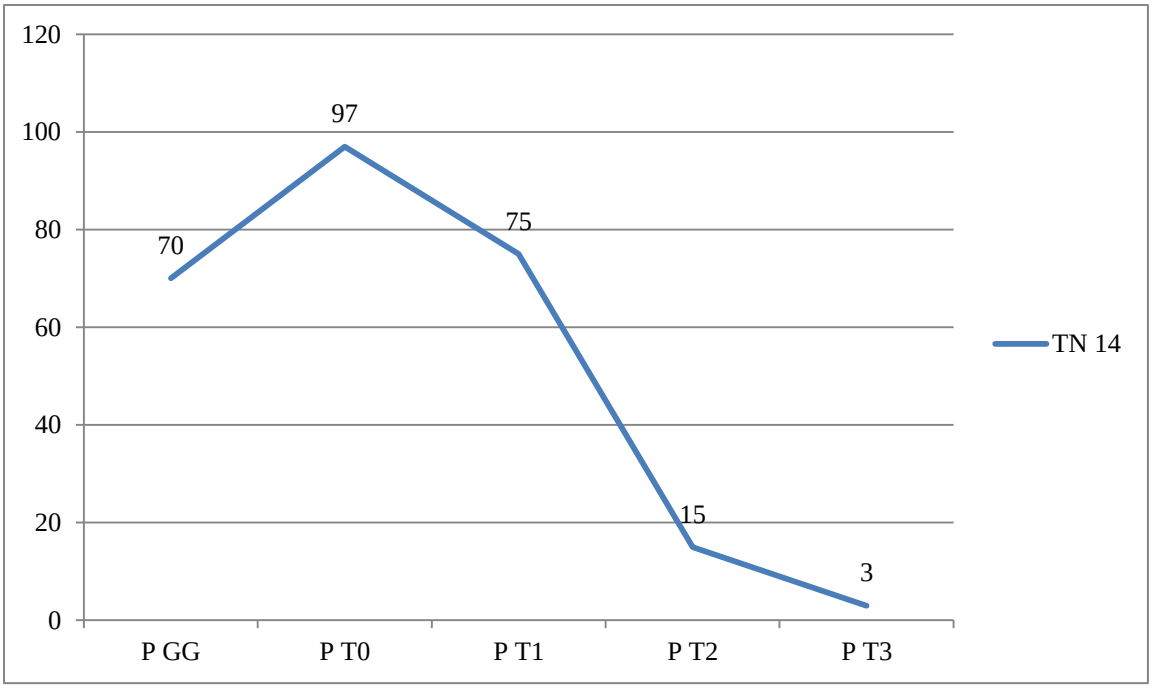


Abbildung 15: Perzentilenverlauf des Studienabbrechers nach T3

4.5.1 Psychosoziale Belastung von Eltern mit essgestörten Frühgeborenen

Um zu klären, wie viele Frühgeborene eine Essstörung entwickelt haben und wie belastet ihre Eltern im Vergleich zu den Eltern Frühgeborener ohne Essstörung sind, wurde zunächst die Häufigkeit der Kinder, die von einer Essstörung betroffen waren, zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten ermittelt (siehe Abbildung 16). Im Anschluss daran wurde zur Prüfung der ersten Hypothese eine univariate Varianzanalyse in Bezug auf die psychosoziale Belastung durchgeführt (siehe Tabellen 7 – 10). Dabei wurden der Mittelwert und die Standardabweichung aus den Fragebögen zur psychosozialen Belastung jeweils getrennt für Mütter und Väter und innerhalb dieser Gruppen jeweils getrennt für Mütter und Väter mit oder ohne essgestörte Frühgeborene zum Messzeitpunkt T0 erhoben und im Anschluss daran auf ihre Signifikanz hin geprüft.

Das Ausmaß der psychosozialen Belastung zum Messzeitpunkt T0 wurde anhand der Bereiche Angst und Depression (HADS-D), Alexithymie (TAS-26), Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungen, Kontrolle, Werte und Normen, Soziale Erwünschtheit und Abwehr (FB) sowie Bindungsstil (AAS) ermittelt. Der Zusammenhang zwischen den Gewichtsperzentilen und der kategorialen Einteilung einer Essstörung wurde mit Hilfe einer nicht parametrischen Korrelationsanalyse, anhand des Koeffizienten nach Kendall-Tau, bestimmt.

4.5.1.1 Übersicht der Häufigkeit von Essstörungen bis Messzeitpunkt T3

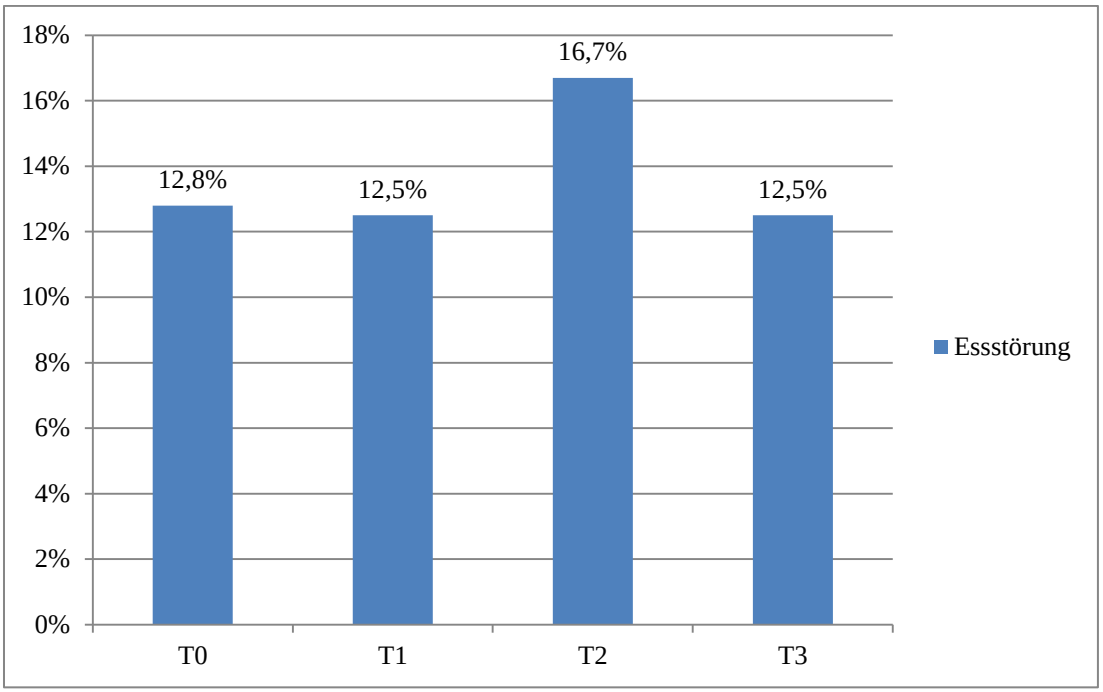


Abbildung 16: Angaben der Essstörung bis zum Messzeitpunkt T3 in %

Es zeigt sich, dass zu Messzeitpunkt T0 (*n*=39) 12,8%, zu T1 (*n*=32) 12,5%, zu T2 (*n*=30) 16,7% und zu T3 (*n*=24) 12,5% der Frühgeborenen eine Essstörung aufweisen.

4.5.1.2 Psychosoziale Belastung der Mütter zum Messzeitpunkt T0

39 Mütter machten Angaben zur psychosozialen Belastung zum Messzeitpunkt T0, ein Datensatz konnte aufgrund der unvollständigen Angaben nicht berücksichtigt werden. Aufgetreten sind die Kategorien Essstörung, monosymptomatische Essstörung und Essstörung mit zusätzlicher monosymptomatischer Symptomatik (siehe 3.5.2 Fragebogen zur Essstörung bei Frühgeborenen). Diese Kategorien wurden mit den psychosozialen Belastungen der Mütter ohne essgestörte Frühgeborene verglichen.

Die Mütter von Frühgeborenen mit und zusätzlicher monosymptomatischer Essstörung zeigen klinisch gesehen im Mittel weniger Angst und Depression als ihre Vergleichsgruppe ohne vorliegende Essstörung beim Kind. Der Alexithymie-Gesamtwert wird in der Gruppe der Mütter mit essgestörten Frühgeborenen höher angegeben als in der Vergleichsgruppe, die Gruppe der Mütter von Frühgeborenen mit zusätzlicher monosymptomatischer Essstörung gibt im Vergleich weniger Alexithymie an. In der Summe zeigt die Gruppe der Mütter essgestörter Frühgeborener mehr Familienprobleme, die Gruppe mit zusätzlicher monosymptomatischer Essstörung weniger als die Vergleichsgruppe ohne Essstörung. Deutlich erhöht sind die wahrgenommen Probleme der Mütter von Frühgeborenen mit

Essstörung in den Subskalen Aufgabenerfüllung und Kontrolle. Die Gruppe der Mütter mit zusätzlicher monosymptomatischer Essstörung gibt mehr Offenheit für Nähe an als die Gruppe ohne Essstörung. Die Mütter von Frühgeborenen mit Essstörung haben im Vergleich zu der Gruppe ohne Essstörung mehr Vertrauen, dass eine andere Person für sie da ist und weniger Angst vor dem Verlassenwerden (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Mittelwerte und Standardabweichungen der psychosozialen Belastung von Müttern zum Messzeitpunkt T0

	Mütter von Frühgeborenen mit Essstörung (*n*=2)	**Mutter von Frühgeborenen mit monosymptomatischer Essstörung (*n* =1)**	**Mütter von Frühgeborenen mit Essstörung und monosymptomatischer Essstörung (*n* =2)**	**Mütter von Frühgeborenen ohne Essstörung (*n*=33)**
Skala	*M (SD)*	*M (SD)*	*M (SD)*	*M (SD)*
Angst	5.00 (2.82)	7.00(-)	4.50 (4.94)	5.21 (3.44)
Depression	3.00 (.00)	3.00(-)	2.50 (.70)	3.54 (2.58)
Alexithymie-Gesamtwert	44.50 (7.77)	31.00(-)	34.50 (6.36)	39.73 (10.27)
Aufgaben-erfüllung	4.00 (.00)	2.00(-)	1.5 (2.12)	2.69 (2.20)
Rollenverhalten	3.50 (.70)	1.00(-)	2.50 (3.53)	3.08 (2.38)
Kommunikation	2.50 (.70)	2.00(-)	2.50 (3.53)	2.21 (2.10)
Emotionalität	2.00 (1.41)	3.00(-)	1.50 (2.12)	1.93 (2.03)
Affektive Beziehungen	1.00 (1.41)	1.00(-)	2.00 (2.82)	1.74 (2.21)
Kontrolle	5.00 (.00)	2.00(-)	2.50 (2.12)	2.81 (2.37)
Werte und Normen	2.50 (.70)	1.00(-)	1.50 (2.12)	2.18 (1.59)
Summenwert	20.50 (4.94)	12.00(-)	14.00 (18.38)	16.67 (12.22)
Soziale Erwünschtheit	10.50 (3.53)	14.00(-)	13.00 (7.07)	11.42 (3.74)
Abwehr	7.50 (.70)	8.00(-)	9.50 (4.94)	8.93 (2.84)

Nähe	4.10 (.42)	4.00(-)	4.90 (.14)	4.24 (.67)
Vertrauen	4.50 (.14)	4.60(-)	4.50 (.70)	4.18 (.71)
Angst vor Verlassenwerden	1.60 (.56)	1.80(-)	1.40 (.56)	1.89 (.88)

4.5.1.3 Univariate Varianzanalyse zur psychosozialen Belastung der Mütter zum Messzeitpunkt T0

In der univariaten Varianzanalyse wurden die Unterschiede in der psychosozialen Belastung zwischen Müttern mit einem essgestörten Kind und solchen ohne nicht signifikant (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: ANOVA psychosoziale Belastung der Mütter von Frühgeborenen mit Essstörung und ohne Essstörung zum Messzeitpunkt T0

	SS	***df***	**MS**	**F**	***p* – Wert**
Angst	4.30	3	1.43	.11	.94
Depression	2.71	3	.90	.14	.93
Alexithymie-Gesamtwert	174.09	3	58.03	.56	.64
Aufgabenerfüllung	6.74	3	2.24	.47	.69
Rollenverhalten	5.20	3	1.73	.30	.82
Kommunikation	.35	3	.11	.02	.99
Emotionalität	1.51	3	.50	.12	.94
Affektive Beziehungen	1.72	3	.57	.11	.95
Kontrolle	10.17	3	3.39	.62	.60
Werte und Normen2.43	3	.81	.32	.81	
Summe	65.28	3	21.76	.14	.93
Soziale Erwünschtheit	12.91	3	4.30	.28	.85
Abwehr	5.46	3	1.82	.21	.88

Nähe	.94	3	.31	.72	.54
Vertrauen	.48	3	.16	.32	.80
Angst vor Verlassenwerden	.58	3	.19	.25	.85

Anmerkung: Basierend auf N = 38, SS =Quadratsumme, df = Freiheitsgrade, MS = Quadratischer Mittelwert, p =0.05

4.5.1.4 Psychosoziale Belastung der Väter zum Messzeitpunkt T0

32 Väter beschreiben ihre psychosoziale Situation zu Messzeitpunkt T0, wobei die Angaben von zwei Vätern aufgrund einer zu hohen Anzahl von Fehlwerten nicht in allen Skalen berücksichtigt werden können. Aufgetreten sind die Kategorien Essstörung, monosymptomatische Essstörung und Essstörung mit zusätzlicher monosymptomatischer Symptomatik. Diese Kategorien wurden mit den Belastungen der Väter ohne essgestörte Frühgeborene verglichen.

Die Väter von Frühgeborenen mit und mit zusätzlicher monosymptomatischer Essstörung zeigen mehr klinische Angst als die Vergleichsgruppe der Väter ohne essgestörte Frühgeborene. Die Depressionswerte und der Alexithymie-Gesamtwert der Väter mit essgestörten Frühgeborenen sind höher, die der Väter mit zusätzlicher monosymptomatischer Essstörung sind niedriger als die der Vergleichsgruppe. Alle Väter mit essgestörten Frühgeborenen der einzelnen Kategorien geben weniger wahrgenommene Familienprobleme an als die Vergleichsgruppe, das Abwehrverhalten ist niedriger, bei den Vätern mit essgestörten Frühgeborenen die Soziale Erwünschtheit höher. Väter von Frühgeborenen mit und zusätzlicher monosymptomatischer Essstörung zeigen mehr Offenheit für Nähe im Vergleich zu denen ohne essgestörte Frühgeborene. Die Väter von Frühgeborenen mit Essstörung zeigen weniger Vertrauen, dass eine andere Person da ist und weniger Angst vor dem Verlassenwerden als die Vergleichsgruppe. Die Gruppe der Väter mit zusätzlicher monosymptomatischer Essstörung zeigt mehr Vertrauen, dass eine andere Person für sie da ist und weniger Angst vor dem Verlassenwerden als die Vergleichsgruppe.

Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen der psychosozialen Belastung der Väter von Frühgeborenen mit Essstörung und ohne Essstörung zum Messzeitpunkt T0

	Väter von Frühgeborenen mit Essstörung (*n*=2)	**Vater von Frühgeborenen mit monosymptomatischer Essstörung (*n* =1)**	**Väter von Frühgeborenen mit Essstörung und monosymptomatischer Essstörung (*n* =2)**	**Väter von Frühgeborenen ohne Essstörung (*n*=26)**
Skala	*M (SD)*	*M (SD)*	*M (SD)*	
Angst	4.00 (.00)	4.00 (-)	6.00 (1.41)	4.07 (2.95)
Depression	3.50 (2.12)	4.00 (-)	2.00 (1.41)	3.30 (2.89)
Alexithymie-Gesamtwert	48.00 (1.41)	23.00 (-)	30.50 (2.12)	36.56 (6.99)
Aufgaben-erfüllung	2.50 (.70)	3.00 (-)	3.00 (1.41)	2.65 (2.17)
Rollen-verhalten	3.50 (.70)	2.00 (-)	1.50 (2.12)	3.19 (2.56)
Kommuni-kation	2.50 (.70)	2.00 (-)	2.50 (.70)	2.34 (2.38)
Emotionalität	2.00 (1.41)	2.00 (-)	3.50 (.70)	2.60 (2.10)
Affektive Beziehungen	1.66 (.47)	1.00 (-)	.50 (.70)	1.80 (2.17)
Kontrolle	2.00 (2.82)	4.00 (-)	.50 (.70)	2.6 (2.58)
Werte und Normen	1.50 (8.70)	2.00 (-)	1.50 (2.12)	2.76 (1.98)
Summenwert	15.65 (3.32)	16.00 (-)	13.00 (7.07)	17.80 (13.90)
Soziale Erwünscht-heit	14.50 (2.12)	11.00 (-)	11.50 (6.36)	11.87 (3.54)
Abwehr	11.00 (4.24)	7.12 (-)	11.00 (2.82)	11.32 (7.17)
Nähe	4.80 (.28)	5.00 (-)	4.50 (.14)	4.15 (.51)
Vertrauen	3.90 (.70)	4.60 (-)	4.30 (.42)	4.16 (.68)
Angst vor Verlassen-werden	1.40 (.56)	1.20 (-)	2.10 (.42)	1.82 (.65)

4.5.1.5 Univariate Varianzanalyse zur psychosozialen Belastung der Väter zum Messzeitpunkt T0

In der univariaten Varianzanalyse wurden der Unterschied in der psychosozialen Belastung zwischen Vätern mit einem essgestörten Kind und solchen ohne im Ausmaß der alexithymen Gesamtbelastung mit $p = .04$ signifikant (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: ANOVA psychosoziale Belastung der Väter von Frühgeborenen mit Essstörung und ohne Essstörung zum Messzeitpunkt T0

	SS	***df***	**MS**	**F**	***p* – Wert**
Angst	7.02	4	1.75	.21	.92
Depression	8.79	4	2.19	.27	.89
Alexithymie-Gesamtwert	520.88	4	130.22	2.86	.04
Aufgabenerfüllung	7.33	4	1.83	.41	.79
Rollenverhalten	15.93	4	3.98	.63	.64
Kommunikation	5.58	4	1.39	.26	.89
Emotionalität	5.17	4	1.29	.31	.86
Affektive Beziehungen	6.33	4	1.58	.35	.83
Kontrolle	16.85	4	4.2	.65	.63
Werte und Normen	8.18	4	2.04	.53	.71

Anmerkung: Basierend auf N = 32, SS=Quadratsumme, df = Freiheitsgrade, MS = Quadratischer Mittelwert, p =0.05

4.5.1.6 Zusammenhänge von Essstörung und Perzentile

Der Zusammenhang zwischen den Gewichtsperzentilen und der kategorialen Einteilung einer Essstörung wurde mit Hilfe einer nicht parametrischen Korrelationsanalyse anhand des Koeffizienten nach Kendall-Tau bestimmt.

Je niedriger die Perzentile eines Frühgeborenen ist, desto eher liegt eine Essstörung zu Messzeitpunkt T0 ($r = -.12$), T1 ($r = -.35$) und T3 ($r = -.19$) vor. Bei Messzeitpunkt T2 steht eine Essstörung mit einer hohen Perzentile in Zusammenhang ($r = .08$).

4.6 Entstehungszeitpunkt einer Essstörung bei Frühgeborenen der Untersuchungsgruppe

Es wird theoriegeleitet angenommen, dass sich die meisten Essstörungen im Alter zwischen sieben und neun Monaten manifestieren.

Die Annahme der zweiten Hypothese wird in einem ersten Schritt durch eine Häufigkeitsverteilung dargestellt und in einem zweiten Schritt durch Anwendung des Cochran-Tests eine signifikante Häufigkeit in Bezug auf die Messzeitpunkte T0 und T1, T0 und T2, T0 und T3, T1 und T2, T1 und T3, T2 und T3 geprüft. Im Anschluss daran erfolgt die Prüfung, ob Mütter und Väter von essgestörten Kindern zu Messzeitpunkt T2 ein besonders hohes Maß an psychosozialen Problemen aufweisen.

4.6.1 Häufigkeitsverteilung der Essstörungen

Die Häufigkeitsverteilung (siehe Tabelle 11) zeigt, dass die Essstörungen innerhalb der Untersuchungsgruppe mit 16,7% am häufigsten zu Messzeitpunkt T2 auftreten.

Mittels Cochran Test wurde überprüft, ob sich die Häufigkeit des Auftretens einer Essstörung zwischen den Messzeitpunkten signifikant unterscheidet. Der Test wurde mit p = .948 (H=23, Cochran-Q=.36, df = 3) nicht signifikant.

Tabelle 11: Kreuztabellarische Übersicht der Essstörungen bis T3

	Messzeitpunkte				**n**
	T0	**T1**	**T2**	**T3**	
Essstörung	12,8%	12,5%	16,7%	12,5%	17
Keine Essstörung	87,2%	87,5%	83,%	87,5%	109
n	39	32	30	24	125

4.6.2 Psychosoziale Belastung der Mütter zum Messzeitpunkt T2

Die psychosoziale Belastung der teilnehmenden Mütter (n=29) zum Messzeitpunkt T2 wurde durch die beschriebene Fragebogenbatterie erhoben. Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 12 dargestellt.

Die Mütter von Frühgeborenen mit einer Essstörung geben im Mittel weniger Angst und Depression an als die Vergleichsgruppe ohne Essstörung. Der Alexithymie-Gesamtwert der Mütter ohne essgestörtes Frühgeborenes wird im Mittel höher angegeben als bei den Müttern mit einer Essstörung und einer zusätzlichen monosymptomatischen Essstörung. Die Mütter der Frühgeborenen mit Essstörung geben im Vergleich zu den Müttern ohne essgestörte

Frühgeborene mehr Familienprobleme in der Summe an, wobei sich dies in den Subskalen Rollenverhalten, affektive Beziehungen und Kontrolle umgekehrt darstellt. Das Antwortverhalten der Mütter von essgestörten Frühgeborenen ist weniger von sozialer Erwünschtheit und Abwehr geprägt als das der Mütter ohne essgestörte Frühgeborene. Zum Bindungsstil geben die Mütter von Frühgeborenen mit Essstörung mehr Offenheit für Nähe, mehr Vertrauen, dass eine andere Person für sie da ist, und weniger Angst vor dem Verlassenwerden an (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichungen der psychosozialen Belastung von Müttern zum Messzeitpunkt T2

	Mütter von Frühgeborenen mit Essstörung (n=4)	**Mutter von Frühgeborenen mit Essstörung und monosymptomatischer Essstörung (n =1)**	**Mütter von Frühgeborenen ohne Essstörung (n=24)**
Skala	*M (SD)*	*M (SD)*	*M (SD)*
Angst	3.75 (2.06)	.00 (-)	5.32 (3.61)
Depression	2.50 (1.29)	4.00 (-)	3.65 (2.62)
Alexithymie-Gesamtwert	35.00 (8.98)	33.00 (-)	38.93 (7.09)
Aufgaben-erfüllung	3.00 (1.63)	1.00 (-)	3.04 (2.34)
Rollenverhalten	3.75 (3.09)	1.00 (-)	3.29 (2.54)
Kommunikation	1.50 (1.91)	2.00 (-)	2.08 (1.99)
Emotionalität	1.75 (1.25)	.00 (-)	2.62 (2.31)
Affektive Beziehungen	2.62 (2.25)	1.00 (-)	2.19 (2.12)
Kontrolle	3.25 (.95)	.00 (-)	2.70 (2.59)
Werte und Normen	1.75 (2.36)	.00 (-)	2.87 (2.36)
Summenwert	17.25 (12.63)	5.00 (-)	18.75 (13.61)
Soziale Erwünschtheit	10.25 (5.37)	14.00 (-)	11.04 (3.96)
Abwehr	8.25 (3.30)	12.00 (-)	8.58 (2.88)
Nähe	4.20 (.63)	3.80 (-)	4.01 (1.13)
Vertrauen	4.25 (.52)	3.20 (-)	3.94 (1.11)
Angst vor Verlassenwerden	1.55 (.68)	3.80 (-)	1.82 (.86)

4.6.3 Univariate Varianzanalyse zur psychosozialen Belastung der Mütter zum Messzeitpunkt T2

In der univarianten Varianzanalyse wurden die Unterschiede in der psychosozialen Belastung der Mütter mit einem essgestörten Kind und ohne zum Messzeitpunkt T2 nicht signifikant (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Univariate Varianzanalyse zur psychosozialen Belastung der Mütter zum Messzeitpunkt T2

	SS	***df***	**MS**	**F**	***p* – Wert**
Angst	33.64	2	16,821	1.40	.26
Depression	4.86	2	2.43	.39	.68
Alexithymie-Gesamtwert	80.90	2	40.45	.75	.48
Aufgabenerfüllung	4.01	2	2.00	.39	.68
Rollenverhalten	6.09	2	3.04	.45	.65
Kommunikation	1.17	2	.58	.15	.86
Emotionalität	8.66	2	4.33	.88	.42
Affektive Beziehungen	1.32	2	.66	.130	.87
Kontrolle	8.50	2	4.25	.70	.50
Werte und Normen	11.45	2	5.73	1.02	.37
Summe	184.61	2	92.31	.50	.60
Soziale Erwünschtheit	11.26	2	5.63	.32	.72
Abwehr	11.97	2	5.98	.69	.50
Nähe	.17	2	.09	.07	.93
Vertrauen	.92	2	.461	.41	.66
Angst vor Verlassenwerden	4.18	2	2.09	2.90	.07

Anmerkung: Basierend auf N = 29, SS=Quadratsumme, df = Freiheitsgrade, MS = Quadratischer Mittelwert, p =0.05

4.6.4 Psychosoziale Belastung der Väter zum Messzeitpunkt T2

22 Väter gaben ihre psychosoziale Belastung zum Messzeitpunkt T2 an. Aufgetreten sind Essstörungen in den Kategorien Essstörung und Essstörung mit zusätzlicher monosymptomatischer Essstörung. Diese Kategorien wurden mit den psychosozialen Belastungen der Väter ohne essgestörte Frühgeborene verglichen.

Die Väter der Frühgeborenen mit einer Essstörung zeigen weniger Angst und mehr Depression als die Vergleichsgruppe der Väter ohne essgestörte Frühgeborene. Der Alexithymie-Gesamtwert ist bei den Vätern der essgestörten Frühgeborenen höher als der Mittelwert der Väter mit Frühgeborenen ohne Essstörung. Im Summenwert der Familienprobleme zeigt sich ein höherer Wert bei den Vätern mit essgestörten Frühgeborenen

als bei der Vergleichsgruppe. Soziale Erwünschtheit und Abwehr im Antwortverhalten ist dabei bei den Vätern von Frühgeborenen mit einer Essstörung niedriger als bei den Vätern von Frühgeborenen ohne Essstörung. Zum Bindungsstil geben die Väter von essgestörten Frühgeborenen im Mittel mehr Offenheit für Nähe, mehr Angst vor dem Verlassenwerden und weniger Vertrauen an, dass eine andere Person da ist, als die Vergleichsgruppe ohne essgestörte Frühgeborene (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Mittelwerte und Standardabweichungen der Väter zum Messzeitpunkt T2

	Väter von Frühgeborenen mit Essstörung (n=4)	**Vater von Frühgeborenen mit Essstörung und monosymptomatischer Essstörung (n =1)**	**Väter von Frühgeborenen ohne Essstörung (n=17)**
Skala	*M (SD)*	*M (SD)*	*M (SD)*
Angst	4.50 (2.65)	.00 (-)	5.06 (2.93)
Depression	3.75 (2.87)	4.00 (-)	2.94 (1.98)
Alexithymie-Gesamtwert	45.18 (8.49)	33.00 (-)	38.65 (6.25)
Aufgaben-erfüllung	4.00 (2.94)	1.00 (-)	3.06 (1.71)
Rollenverhalten	4.25 (3.30)	1.00 (-)	2.88 (1.90)
Kommunikation	3.75 (2.63)	2.00 (-)	1.94 (1.52)
Emotionalität	2.75 (1.71)	.00 (-)	2.82 (1.51)
Affektive Beziehungen	3.00 (2.16)	1.00 (-)	2.29 (1.93)
Kontrolle	6.00 (1.63)	.00 (-)	2.82 (1.91)
Werte und Normen	3.75 (2.99)	.00 (-)	2.35 (1.32)
Summenwert	27.50 (15.84)	5.00 (-)	18.18 (8.76)
Soziale Erwünschtheit	10.75 (4.92)	14.00 (-)	11.82 (2.46)
Abwehr	7.63 (2.29)	14.00 (-)	10.47 (3.28)
Nähe	3.70 (.89)	3.80 (-)	4.09 (.62)
Vertrauen	3.75 (.54)	3.20 (-)	4.09 (.63)
Angst vor Verlassenwerden	2.20 (.33)	3.80 (-)	1.99 (.73)

4.6.5 Univariate Varianzanalyse zur psychosozialen Belastung der Väter zum Messzeitpunkt T2

In der univariaten Varianzanalyse wurden die Unterschiede der psychosozialen Belastung der Väter zu Messzeitpunkt T2 in der Subskala Kontrolle der Familienbögen und die Angst vor dem Verlassenwerden signifikant (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Univariate Varianzanalyse der psychosozialen Belastung der Väter zum Messzeitpunkt T2

	SS	***df***	**MS**	**F**	***p* – Wert**
Angst	24.42	2	12.21	1.47	.25
Depression	2.90	2	1.45	.31	.73
Alexithymie-Gesamtwert	183.31	2	91.65	2.07	.15
Aufgabenerfüllung	7.65	2	3.83	.99	.38
Rollenverhalten	10.44	2	5.22	1.10	.35
Kommunikation	10.67	2	5.34	1.76	.19
Emotionalität	7.55	2	3.78	1.59	.23
Affektive Beziehungen	3.56	2	1.78	.46	.63
Kontrolle	43.89	2	21.95	6.27	.008
Werte und Normen	12.87	2	6.43	2.24	.13
Summe	494.89	2	247.45	2.38	.12
Soziale Erwünschtheit	9.14	2	4.57	.51	.60
Abwehr	42.04	2	21.02	2.13	.14
Nähe	.55	2	.27	.61	.55
Vertrauen	1.02	2	.51	1.13	.34
Angst vor Verlassenwerden	3.14	2	1.57	3.35	.05

Anmerkung: Basierend auf N = 22, SS=Quadratsumme, df = Freiheitsgrade, MS = Quadratischer Mittelwert, p =0.05

4.7 Temperamentseinschätzung durch die Eltern und Vergleich zur Eichstichprobe

Die Annahme der dritten Hypothese wird in einem ersten Schritt mittels einer univariaten Varianzanalyse zur Einschätzung des kindlichen Temperaments für Mütter mit und ohne essgestörte Frühgeborene und Väter mit solchen geprüft. Anschließend daran wird anhand einer univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung geprüft, ob sie die Einschätzung in den Temperamentsdimensionen innerhalb der Gesamtgruppe in statistisch bedeutsamer Weise verändert und ob das Vorliegen einer Essstörung die Einschätzung des kindlichen Temperaments über die Messzeitpunkte hinweg beeinflusst. Abschließend wird anhand eines t-Tests untersucht, ob sich Eltern von essgestörten Kindern in ihrer Temperamentseinschätzung von denen der Eichstichprobe unterscheiden.

4.7.1 Mittelwerte und Standardabweichungen der Einschätzung des kindlichen Temperaments der Mütter

Die Mütter von Frühgeborenen mit einer Essstörung beschreiben ihre Kinder im Mittel als „aufgebrachter, schwieriger“ als die Vergleichsgruppe der Mütter ohne essgestörte Frühgeborene. Ebenso beschreiben sie diese in einem höheren Maße als „nicht anpassungsfähiger“ als die Vergleichsgruppe derer ohne Essstörung. Die Mütter von Frühgeborenen ohne Essstörung schätzen ihre Kinder als „behäbiger, schwerfälliger“ ein als die beiden Vergleichsgruppen. Die Mütter von essgestörten Frühgeborenen finden diese weniger „unvorhersagbarer“ als dies Mütter von nicht essgestörten tun (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Mittelwerte und Standardabweichungen zur Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Mütter

	Mütter von Frühgeborenen mit Essstörung (n=4)	**Mutter von Frühgeborenen mit Essstörung und monosymptomatischer Essstörung (n =1)**	**Mütter von Frühgeborenen ohne Essstörung (n=24)**
	M (SD)	*M (SD)*	*M (SD)*
aufgebracht, schwierig	18.50 (3.11)	17.00 (-)	18.42 (4.46)
nicht anpassungsfähig	13.25 (3.40)	5.00 (-)	10.63 (3.36)
behäbig, schwerfällig	6.75 (1.26)	5.00 (-)	8.62 (1.86)
unvorhersagbar	7.50 (2.65)	8.00 (-)	7.54 (2.77)

4.7.2 Univariate Varianzanalyse der Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Mütter

In der univariaten Varianzanalyse wurden die Unterschiede in der Temperamentsbeschreibung „behäbig, schwerfällig“ zwischen den Müttern von Frühgeborenen mit Essstörung, zusätzlicher monosymptomatischer Essstörung und zu Müttern mit Frühgeborenen ohne Essstörung signifikant (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Univariate Varianzanalyse zur Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Mütter

	SS	***df***	**MS**	**F**	***p* – Wert**
aufgebracht, schwierig	1.99	2	.99	.05	.94
nicht anpassungsfähig	58.38	2	29.192	2.58	.09
behäbig, schwerfällig	22.94	2	11.468	3.53	.04
unvorhersagbar	.21	2	.107	.01	.98

Anmerkung: Basierend auf N = 29, SS=Quadratsumme, df = Freiheitsgrade, MS = Quadratischer Mittelwert, p =0.05

4.7.3 Mittelwerte und Standardabweichungen der Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Väter

Wie in Tabelle 18 dargestellt, zeigt sich, dass Väter von Frühgeborenen mit Essstörung diese als „aufgebrachter, schwieriger“ empfinden als die Väter von Frühgeborenen ohne Essstörung. Höhere Werte in der Subskala „nicht anpassungsfähig“ geben die Väter von Frühgeborenen ohne Essstörung im Vergleich zu denen mit und mit zusätzlicher monosymptomatischer Essstörung an. Als „behäbiger, schwerfälliger“ schätzen Väter von essgestörten Frühgeborenen diese im Vergleich zu den Vätern von nicht essgestörten Frühgeborenen ein. Als „unvorhersagbarer“ werden die Frühgeborenen ohne Essstörung von ihren Vätern eingeschätzt im Vergleich zu den Frühgeborenen mit Essstörung (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Mittelwerte und Standardabweichung zur Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Väter

	Väter von Frühgeborenen mit Essstörung (n=4)	**Vater von Frühgeborenen mit Essstörung und monosymptomatischer Essstörung (n =1)**	**Väter von Frühgeborenen ohne Essstörung (n=17)**
	M (SD)	*M (SD)*	*M (SD)*
aufgebracht, schwierig	20.50 (1.29)	17.00 (-)	17.94 (4.44)
nicht anpassungsfähig	8.50 (4.43)	5.00 (-)	10.35 (3.55)
behäbig, schwerfällig	9.50 (1.91)	5.00 (-)	8.11 (1.62)
unvorhersagbar	7.00 (1.41)	7.00 (-)	7.18 (1.91)

4.7.4 Univariate Varianzanalyse der Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Väter

In der univariaten Varianzanalyse wurden die Unterschiede in der Temperamentseinschätzung der Frühgeborenen durch die Väter nicht signifikant (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Univariate Varianzanalyse zur Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Väter

	SS	***df***	**MS**	**F**	***p* – Wert**
aufgebracht, schwierig	23.15	2	11.58	.69	.51
nicht anpassungsfähig	34.98	2	17.49	1.27	.30
behäbig, schwerfällig	17.10	2	8.55	3.08	.06
unvorhersagbar	.12	2	.06	.02	.98

Anmerkung: Basierend auf N = 22, SS=Quadratsumme, df = Freiheitsgrade, MS = Quadratischer Mittelwert, p =0.05

4.7.5 Temperamentsbeschreibung der Eltern über die Messzeitpunkte hinweg

Es wurde untersucht, ob sich die Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Eltern in statistisch bedeutsamer Weise über die Zeit hinweg verändert und ob das Vorliegen einer Essstörung beim Kind zu einer Veränderung der Ausprägung der Temperamentseinschätzung über die Messzeitpunkte hinweg führt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Skalen „behäbig, schwerfällig“ und „unvorhersagbar“ detailliert berichtet, die Skalen „aufgebracht, schwierig“ und „nicht anpassungsfähig“ wurden nicht signifikant und werden in der nachfolgenden Ergebnisdarstellung nicht berücksichtigt.

Mittelwerte und Standardabweichungen der ICQ-Skala „behäbig, schwerfällig“ durch die Mütter

Tabelle 20 zeigt Mittelwerte und Standardabweichungen der Einschätzung des kindlichen Temperaments „behäbiger, schwerfälliger“ über die Messzeitpunkte hinweg. Die Mütter von Kindern mit einer Essstörung haben diese zum Messzeitpunkt T0 „behäbiger, schwerfälliger“ beschrieben als zu Messzeitpunkt T1 und T2. Die Mütter von Frühgeborenen ohne eine Essstörung haben diese ebenfalls zum Messzeitpunkt T0 als „behäbiger, schwerfälliger“ im Vergleich zu T1 und T2 beschrieben.

Tabelle 20: Temperamentsbeschreibung "behäbig, schwerfällig" durch die Mütter über die Messzeitpunkte hinweg

Essstörung jemals vorhanden?		**Mittelwert**	**Standardabweichung**	**n**
ICQ0m	Keine ES	11.31	3.32	16
	ES	11.09	2.84	11
	Gesamtsumme	11.22	3.08	27
ICQ1m	Keine ES	9.25	2.01	16
	ES	9.73	2.20	11
	Gesamtsumme	9.44	2.06	27
ICQ2m	Keine ES	8.56	1.99	16
	ES	8.00	1.84	11
	Gesamtsumme	8.33	1.92	27

Messwiederholung/Varianzanalyse der ICQ-Skala „behäbig, schwerfällig“ durch die Mütter

In der Prüfung der Voraussetzungen für die Analyse wurde der Box-Test nicht signifikant, sodass von einer Gleichheit der Varianz Kovarianzmatrix ausgegangen werden kann.

Mittels der multivariaten Tests soll untersucht werden, ob es insgesamt signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten und ob es insgesamt signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten und zwischen den Gruppen gab. Die Pillai-Spur zeigt mit $p = .001$ einen signifikanten Effekt des Faktors Zeit (siehe Tabelle 21). Es zeigte sich ein signifikanter

Unterschied in der Temperamentseinschätzung über die Messzeitpunkte T0 bis T2 hinweg. Der Einfluss des Faktors Gruppe wurde nicht signifikant.

Tabelle 21: Veränderung der Temperamentsbeschreibung "behäbig, schwerfällig" durch die Mütter

Effekt		Wert	F	Hypothesen-df	Fehler df	*p*-Wert
Zeit	**Pillai-Spur**	.574	16.15	2.00	24.00	.000
Zeit*ES_Ges		.063	.807	2.00	24.00	.458

Anmerkung: df= Freiheitsgrad

Der Levene-Test wurde nicht signifikant, die Varianzhomogenität ist somit gegeben, was bedeutet, dass die Werte in gleicher Weise streuen.

Es wurde getestet, ob das Vorliegen einer Essstörung, als nicht messwiederholter Faktor, einen Effekt hat. Die Unterschiede in der Temperamtensbeschreibung „behäbig, schwerfällig“ wurden mit p = .88 nicht signifikant. Das Vorliegen einer Essstörung hat somit keinen Effekt auf die Unterschiede der Temperamentsbeschreibung „behäbig, schwerfällig“ zwischen den Messzeitpunkten.

Abschließend wurde getestet, zu welchen Zeitpunkten sich die Temperamentsbeschreibung „behäbig, schwerfällig“ durch die Mütter unterscheidet. In der Betrachtung der Innersubjekteffekte des Faktors Zeit zeigt sich in Tabelle 22, dass sich die Temperamentseinschätzung zum Zeitpunkt T0 (1) zu den Zeitpunkten T1 (2) und T2 (3) signifikant unterscheidet. Ebenso unterscheidet sich die Temperamentseinschätzung zu Messzeitpunkt T1 (2) signifikant zu den Messzeitpunkten T0 (1) und T2 (3). Darüber hinaus unterscheidet sich die Einschätzung des kindlichen Temperaments zu Messzeitpunkt T2 (3) signifikant zu T0 (1) und T1 (2).

Tabelle 22: Geschätzte Randmittel Temperamentseinschätzung "behäbig, schwerfällig" durch die Mütter über die Messzeitpunkte hinweg

(I) Zeit	(J) Zeit	Mittelwertdifferenz (I-J)	Standardfehler	*p*-Wert
1	**2**	**1.71**	**.73**	**.027**
	3	**2.92**	**.59**	**.001**
2	**1**	**-1.71**	**.730**	**.027**
	3	**1.20**	**.414**	**.007**
3	**1**	**-2.92**	**.591**	**.001**
	2	**-1.20**	**.414**	**.007**

Im Vergleich zu den Messzeitpunkten T1 und T2 schätzen die Mütter ihre Kinder mit einer Essstörung zum Zeitpunkt T0 signifikant „behäbiger, schwerfälliger“ ein. Der Bezug zu Messzeitpunkt T1 zeigt, dass Mütter von Kindern mit einer Essstörung diese zum Zeitpunkt T0 signifikant geringer „behäbiger, schwerfälliger“ einschätzen und zum Messzeitpunkt T2 signifikant „behäbiger, schwerfälliger“ einschätzen. Im Vergleich zu Messzeitpunkt T2 schätzen die Mütter mit essgestörten Kindern diese zu den Messzeitpunkten T0 und T1 signifikant geringer „behäbig, schwerfällig“ ein.
Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass sich die Temperamentseinschätzung „behäbig, schwerfällig“ durch die Mütter über die Messzeitpunkte T0 bis T2 hinweg verändert. Die Mütter schätzen die Behäbigkeit, Schwerfälligkeit ihrer Frühgeborenen zu verschiedenen Messzeitpunkten signifikant unterschiedlich ein. Es ergibt sich kein Unterschied in der Einschätzung in Abhängigkeit davon, ob die Frühgeborenen eine Essstörung einwickeln oder nicht. Es zeigt sich darüber hinaus, dass sich die Einschätzung des Temperaments „behäbig, schwerfällig“ zu allen Messzeitpunkten signifikant voneinander unterscheidet.

Mittelwerte und Standardabweichungen der ICQ-Skala „behäbig, schwerfällig“ durch die Väter

Ebenso wie bei den Müttern wurde untersucht, ob sich die Temperamentszuschreibung „behäbig, schwerfällig“ durch die Väter über die Zeit hinweg verändert hat. Darüber hinaus wurde betrachtet, ob die Einschätzung des kindlichen Temperaments sich in Abhängigkeit vom Vorliegen einer Essstörung verändert hat.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen aus Tabelle 23 zeigen, dass sich die Einschätzung des kindlichen Temperaments „behäbiger, schwerfälliger“ über die Messzeitpunkte hinweg verändert hat. Die Väter von Frühgeborenen mit einer Essstörung haben diese zum Messzeitpunkt T0 „behäbiger, schwerfälliger“ beschrieben als zu Messzeitpunkt T1 und T2. Die Väter von Frühgeborenen ohne eine Essstörung haben diese ebenfalls zum Messzeitpunkt T0 als „behäbiger, schwerfälliger“ im Vergleich zu T1 und T2 beschrieben.

Tabelle 23: Temperamentsbeschreibung "behäbig, schwerfällig" durch die Väter über die Messzeitpunkte hinweg

Essstörung jemals vorhanden?		Mittelwert	Standardabweichung	n
ICQv	Keine ES	10.78	2.39	9
	ES	10.33	2.12	9
	Gesamtsumme	10.56	2.20	18
ICQ1v	Keine ES	9.00	2.00	9
	ES	8.89	1.83	9
	Gesamtsumme	8.94	1.86	18
ICQ2v	Keine ES	7.78	1.30	9
	ES	9.11	1.94	9
	Gesamtsumme	8.44	1.76	18

Messwiederholung/Varianzanalyse der ICQ-Skala „behäbig, schwerfällig“ durch die Väter

Der Box-Test wurde nicht signifikant, so dass von einer Gleichheit der Varianz Kovarianzmatrix ausgegangen werden kann.

Mittels der multivariaten Tests sollte untersucht werden, ob es insgesamt eine signifikante Veränderung zwischen den Zeitpunkten gibt und ob es insgesamt signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten und zwischen den Gruppen gibt. Die Pillai-Spur wurde nicht signifikant (siehe Tabelle 24). Es zeigt sich somit, dass sich keine signifikanten Veränderungen in der Temperamentseinschätzung über die Zeit ergeben. Ebenso ergeben sich keine signifikanten Veränderungen der Temperamentseinschätzung in Wechselwirkung mit dem Vorliegen einer Essstörung.

Tabelle 24: Veränderung der Temperamentseinschätzung "behäbig, schwerfällig" durch die Väter

Effekt		Wert	F	Hypothesen-df	Fehler df	*p*-Wert
Zeit	**Pillai-Spur**	.462	6.45	2.00	15.00	.010
Zeit*ES_Ges		.227	2.197	2.00	15.00	.146

Mit dem Test der Zwischensubjekteffekte wurde getestet, ob das Vorliegen einer Essstörung, als nicht messwiederholter Faktor, einen Effekt hat. Der Wert wurde mit $p = .63$ nicht signifikant. Das Vorliegen einer Essstörung hat somit keinen Effekt auf die Temperamentsbeschreibung „behäbig, schwerfällig“.

Abschließend wurde getestet, ob sich die Messungen des Temperaments „behäbig, schwerfällig“ zu den Zeitpunkten unterscheiden. Es zeigt sich in Tabelle 25, dass sich die Temperamentseinschätzung zwischen Zeitpunkt T0 (1) und T2 (3) signifikant unterscheidet. Ebenso wie die Temperamentseinschätzung des Messzeitpunktes T2 (3) sich signifikant zum Messzeitpunkt T0 (1) unterscheidet.

Tabelle 25: Geschätzte Randmittel Temperamentseinschätzung „behäbig, schwerfällig“ durch die Väter über die Messzeitpunkte

(I) Zeit	(J) Zeit	Mittelwertdifferenz (I-J)	Standardfehler	*p*-Wert
1	2	1.61	.82	.07
	3	2.11	.61	.00
2	1	-1.61	.82	.07
	3	.50	.50	.33
3	1	-2.11	.61	.00
	2	-.50	.50	.33

Im Vergleich zum Messzeitpunkt T2 (p = .003) schätzen die Väter ihre Kinder mit einer Essstörung zum Zeitpunkt T0 signifikant „behäbiger, schwerfälliger“ ein. Der Bezug zu Messzeitpunkt T2 zeigt, dass Väter von Kindern mit einer Essstörung diese zum Zeitpunkt T0 mit p = .003 signifikant geringer behäbiger und schwerfälliger einschätzen.

Zusammenfassend für die Temperamentseinschätzung „behäbig, schwerfällig“ durch die Väter lässt sich festhalten, dass der Unterschied zwischen T0 und T1, T0 und T2 signifikant wurde und der Unterschied zwischen T1 und T2 nicht.

Mittelwerte und Standardabweichungen der ICQ-Skala „unvorhersagbar“ durch die Väter

Es wurde untersucht, ob die Einschätzung des kindlichen Temperaments als „unvorhersagbar“ durch die Väter sich über die Zeit hinweg verändert und ob sich die Einschätzung des kindlichen Temperaments in Interaktion mit einer Essstörung verändert.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen aus Tabelle 26 zeigen, dass Väter von Kindern mit einer Essstörung diese zum Zeitpunkt T0 in einem höheren Maße als „unvorhersagbar“ beschreiben als zu Messzeitpunkt T1. Zu Messzeitpunkt T1 beschreiben sie die Frühgeborenen als weniger „unvorhersagbar“ im Vergleich zu T2. Die Väter von Frühgeborenen ohne eine Essstörung beschreiben sie zu Messzeitpunkt T0 im Vergleich zu

T1 in einem höheren Maße als „unvorhersagbar“. Die Einschätzungen zu Messzeitpunkt T1 und T2 sind im Mittel gleich.

Tabelle 26: Temperamentsbeschreibung "unvorhersagbar" durch die Väter über die Messzeitpunkte hinweg

Essstörung vorhanden?	jemals	Mittelwert	Standardabweichung	n
ICQm	Keine ES	9.56	2.83	9
	ES	8.89	2.03	9
	Gesamtsumme	9.22	2.41	18
ICQ1m	Keine ES	6.89	2.14	9
	ES	7.00	1.87	9
	Gesamtsumme	6.94	1.95	18
ICQ2m	Keine ES	7.11	2.26	9
	ES	7.00	1.32	9
	Gesamtsumme	7.06	1.80	18

Messwiederholung/Varianzanalyse der ICQ-Skala „behäbig, schwerfällig“ durch die Väter

Der Box-Test wurde nicht signifikant, sodass von einer Gleichheit der Varianz Kovarianzmatrix ausgegangen werden kann.

Mittels multivariater Tests wurde der Effekt des Faktors Zeit und der Wechselwirkung Zeit und Essstörung getestet. Die Pillai-Spur zeigt mit p = .003 einen signifikanten Effekt des Faktors Zeit (siehe Tabelle 27). Es zeigt sich somit, dass sich signifikante Veränderungen in der Temperamentseinschätzung „unvorhersagbar“ ergeben, die jedoch zwischen den Gruppen „Essstörung“ und „keine Essstörung“ mit p = .836 nicht signifikant wurde.

Tabelle 27: Veränderung der Temperamentseinschätzung "behäbig, schwerfällig" durch die Väter

Effekt		Wert	F	Hypothesen-df	Fehler df	*p*-Wert
Zeit	**Pillai-Spur**	.54	8.97	2.00	15.00	.003
Zeit*ES_Ges		.024	.181	2.00	15.00	.836

Anmerkung: df= Freiheitsgrad

Abschließend wurde getestet, ob sich die Messungen des Temperamtens als „unvorhersagbar“ zwischen den Zeitpunkten unterscheiden. Es zeigt sich in Tabelle 28, dass sich die Temperamentseinschätzung vom Zeitpunkt T0 (1) zu T1 (2) und T2 (3) signifikant unterscheidet.

Tabelle 28: Geschätzte Randmittel Temperamentseinschätzung "behäbig, schwerfällig" durch die Väter über die Messzeitpunkte

(I) Zeit	(J) Zeit	Mittelwertdifferenz (I-J)	Standardfehler	*p*-Wert
1	**2**	**2.28**	**.77**	**.009**
	3	**2.17**	**.53**	**.001**
2	**1**	**-2.28**	**.77**	**.009**
	3	**-.11**	**.76**	**.885**
3	**1**	**-2.17**	**.53**	**.001**
	2	**.11**	**.76**	**.885**

Im Vergleich zum Messzeitpunkt T0 schätzen die Väter ihre Kinder mit einer Essstörung zum Zeitpunkt T1 signifikant und zum Messzeitpunkt T2 unvorhersagbarer ein.

Zusammenfassend für die Temperamentseinschätzung „unvorhersagbar“ durch die Väter lässt sich festhalten, dass sich diese zwischen T0 und T2 signifikant unterscheidet.

4.7.6 Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Untersuchungsgruppe im Vergleich zur Eichstichprobe

Im nächsten Schritt folgt nun ein t-Test für eine Stichprobe, wobei die mittleren Werte der gesamten Untersuchungsgruppe zum Messzeitpunkt T2 mit den Angaben der Normierungsstichprobe abgeglichen wurden. Durch diesen Vergleich soll untersucht werden, ob Eltern von Frühgeborenen per se ihre Kinder als schwieriger in Bezug auf das Temperament einschätzen.

Die Differenz der Mittelwerte der Skala 1 „aufgebracht, schwierig“ wurde weder bei den Müttern mit (M = 18.38, SD = 4.17) t (28) = .75; p = .46 noch bei den Vätern (M = 18.36, SD = 4.04) mit t (21) = .65; p = .52 signifikant. Eltern der Frühgeborenen sahen ihre Kinder somit nicht signifikant aufgebrachter und schwieriger als die Eichstichprobe.

Die Mittelwertdifferenz der Skala 2 „nicht anpassungsfähig“ wurde bei den Müttern (M = 10.79, SD = 3.55) mit t (28) = 2.87; p = .008 signifikant, wohingegen sie bei den Vätern (M = 9.77; SD = 3.75) nicht signifikant wurde (t (21) = 1.09; p = .28). Die Mütter von Frühgeborenen sehen ihre Kinder somit signifikant weniger anpassungsfähig im Vergleich mit der Eichstichprobe.

Die Differenz der Mittelwerte in Skala 3 „behäbig, schwerfällig“ wurde bei den Müttern (*M* = 8.24, *SD* = 1.96) mit *t* (28) = 6.71; *p* = .001 und bei den Vätern (*M* = 8.22, *SD* = 1.82) mit *t* (21) = 6.24; *p* = .001 hoch signifikant. Somit schätzen die Eltern von Frühgeborenen diese als hoch signifikant behäbiger, schwerfälliger im Vergleich zur Eichstichprobe ein.
Die Mittelwertdifferenz der Skala 4 „unvorhersagbar“ wurde bei den Müttern (*M* = 7.55, *SD* = 2.65) mit *t* (28) = .47; *p* = .64 und bei den Vätern (*M* = 7.13, *SD* = 1.75) mit *t* (21) = -.49; *p* = .68 nicht signifikant. Somit beschreiben die Eltern der Frühgeborenen ihre Kinder nicht signifikant unvorhersagbarer im Vergleich zur Normierungsstichprobe.

4.7.7 Soziale Erwünschtheit und Abwehr im Antwortverhalten

Um zu untersuchen, inwiefern die Antworten der Mütter und Väter von sozialer Erwünschtheit und Abwehr geprägt sind, wurden die Mittelwertdifferenzen mittels t-Test auf ihre Signifikanz hin überprüft.
Tabelle 29 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Mütter und Väter in der Skala „soziale Erwünschtheit“. Der Wert wurde mit *t* (67) = -.60; *p* = .55 nicht signifikant. Die Eltern antworten somit im Vergleich zueinander nicht signifikant sozial erwünschter.

Tabelle 29: Mittelwerte und Standardabweichung Soziale Erwünschtheit Mütter und Väter

Soziale Erwünschtheit	**Mütter**	**Väter**
Mittelwerte	11.52	12.05
Standardabweichungen	3.76	3.48
n	38	31

Auch in Bezug auf Abwehr wurde das Antwortverhalten der Mütter und Väter verglichen. Tabelle 30 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen zu dieser Skala. Der Wert wurde mit *t (67)* = -1.989; *p* = .051 annähernd signifikant.

Tabelle 30: Mittelwerte und Standardabweichungen Abwehr der Mütter und Väter

Abwehr	**Mütter**	**Väter**
Mittelwerte	8.86	11.19
Standardabweichungen	2.80	6.53
n	38	31

5. Einzelfalldarstellung

Es folgt die Beschreibung eines Entwicklungsverlaufs einer Frühgeborenen, deren Eltern zunächst der Studienteilnahme zustimmten, diese jedoch wegen auftretender Probleme bei der Nahrungsaufnahme und damit einhergehenden Entwicklungsproblemen nicht im formalen Sinne abgebrochen haben, aber auch nicht inhaltlich teilgenommen haben. Der Name des Kindes wurde geändert, das Geschlecht beibehalten.

Sara wurde in der 24+3 Schwangerschaftswoche mit 430g Geburtsgewicht (P3) , 28cm Länge (P10) und 19,6cm (P3) Kopfumfang aufgrund eines beginnenden HELLP-Syndroms der Mutter entbunden, was eine schwere Verlaufsform der Präeklampsie darstellt und lebensbedrohlich für Mutter und Fetus sein kann, weshalb in diesem Fall die Entbindung beschlossen wurde (Schneider, Dürig, 2006; Rath, 2005). Vorangegangen sind ein maternaler Hypertonus und eine bereits letal verlaufene Schwangerschaft für den Fötus. Nach Entbindung entstanden zahlreiche frühgeburtlichkeitsbedingte Komplikationen bei Sara, wozu eine invasive und nicht-invasive Beatmung, eine Hirnblutung Grad I-III°, ein Mekoniumpropf im terminalen Ileum und Darmperforation im terminalen Ileum sowie Resektion von 3 cm Dünndarm und eine Retinopathie bei Frühgeburtlichkeit (kurz: ROP) Stadium III Zone I beidseits zählen.

Wie in Abschnitt 2.3.2 Psychosoziale Folgen der Frühgeburtlichkeit beschrieben, war auch bei Sara das Überleben nicht in einem gesicherten Status, was den Eltern kommuniziert wurde. Auffällig war zu diesem Zeitpunkt, dass die Eltern sich den lebensbedrohlichen Diagnosen gegenüber unbetroffen zeigten. Sie betraten laut Berichten der Pflegekräfte und Ärzte die neonatologische Intensivstation mit einem der Situation unangemessenem Lächeln, auch wenn die Besuche in einem reduzierten Maße stattfanden, was wiederum für die Betroffenheit und emotionale Krise bei den Eltern spricht. Dieses der Situation gegenüber abwehrende Verhalten wurde auch bei der Vorstellung in der konsiliarisch betreuenden Kinder- und Familienpsychosomatik deutlich. Dort berichteten sie, bereits seit über 15 Jahren in einer Beziehung zu leben, und von Beginn an einen gemeinsamen Kinderwunsch gehabt zu haben, der bis Dato unerfüllt geblieben war. Von der letal verlaufenden Schwangerschaft berichteten sie nicht, was konform zum abwehrenden Verhalten erscheint. Auch der lebensbedrohliche Zustand der Tochter wurde verleugnet.

Während der sechszehnwöchigen stationären Versorgung konnte Sara sich auf ein Gewicht von 2870g (P3-10), eine Körperlänge von 49cm (P3-10) und einen Kopfumfang von 19,6cm (P3) entwickeln. Die Eltern stimmten vor Entlassung der Studienteilnahme zu. Sie wurden davon unterrichtet, dass sie zum dritten Lebensmonat (korrigiertes Alter) ihrer Tochter die

Unterlagen zur Studienteilnahme erhalten würden. In diesem Zeitrahmen der Datenerhebung wurde Sara aufgrund unzureichender Nahrungsaufnahme stationär in der Kinderklinik aufgenommen. Während sich ihre Körpermaße zwischenzeitlich positiv entwickelt hatten (siehe Abbildung 17-18), war zu Zeitpunkt der ersten Datenerhebung ein Rückschritt eingetreten. Die Eltern haben die erste Teilnahme an der Studie wegen „vergessener" Fragebögen verstreichen lassen. Sie haben die Teilnahme zu keinem Zeitpunkt aktiv abgebrochen, jedoch auch im Verlauf keine Fragebögen eingereicht.

Die Mutter erklärte die unzureichende Nahrungsaufnahme den Pädiatern gegenüber mit unregelmäßigen Mahlzeiten aufgrund der zahlreichen außerhäuslichen Termine durch Physiotherapie, Frühförderung und augenärztliche Kontrolluntersuchungen. In diesem Rahmen wurde die Kinder- und Familienpsychosomatik erneut involviert. Die Eltern konnten sich die Ernährungsproblematik nicht durch psychosomatisch bedingte Mitfaktoren erklären. Zu einem vereinbarten Termin erschien die Mutter ohne den Vater und berichtete über massive Unzufriedenheit bezüglich der Paarbeziehung und Ernährungsprobleme in den Ursprungsfamilien, die sich auf ihre Beziehung ausgewirkt hätten. Gemeinsame Essen in den Ursprungsfamilien seien selten bis nicht vorhanden gewesen, vor allem der Vater sei für sein Essen alleine verantwortlich gewesen. Sie wisse von ihrer Mutter, dass sie als Kind Nahrung in übermäßigen Mengen und wahllos zu sich genommen habe, dies habe sich jedoch in ein extrem wählerisches Verhalten gewandelt, da sie aktuell nur weiche Lebensmittel zu sich nehme. Die nicht vorhandene gemeinsame Nahrungsaufnahme in einem festen familiären Rahmen führten die Eltern von Sara auch in ihrer Beziehung fort. Sara werde zeitlich gesehen vor den Eltern gefüttert. Die Eltern würden ihre Mahlzeiten vor dem Fernseher zu sich nehmen, berichteten diese. Als Ausnahme wurde das sonntägliche Frühstück in unregelmäßigen Abständen benannt. In einem gemeinsamen Termin mit dem Vater möchte die Mutter diese Berichte nicht thematisieren. Da die Mutter sich nicht auf eine gemeinsame stationäre Therapie mit der Tochter einlassen kann, wird zunächst als ambulante Maßnahme häusliche Physiotherapie und ein Kinderpflegedienst installiert, dessen Notwendigkeit sich durch die Teilsondierung ergibt.

Der darauf folgende Termin in der Kinderklinik zeigte eine erneute Verschlechterung der Gewichts- mit 6280g (P3-10), 63,7cm (P3-10) Körperlängen- und 37,7cm Kopfumfangsperzentilen (3,4cm <P3). Die Mutter berichtete von einer kompletten Nahrungsverweigerung und massivem Erbrechen nach Sondierung. Eine zeitnahe stationäre Therapie musste nach zwei Tagen abgebrochen werden, da der Vater aufgrund eigener, akuter gastroenterologischer Probleme stationär aufgenommen werden musste und die Mutter nicht

alleine ohne den täglichen psychischen Beistand ihres Mannes in einer Kinderklinik bleiben konnte. Innerhalb dieses kurzen Aufenthaltes wurde mit den Eltern an Tag 1 eine Beobachtung der Fütterungsszene mit dem Kind verabredet. Die Nervosität der Mutter zeigte sich eingangs durch unruhige Bewegungen, während der Vater Sara auf dem Arm hielt. Zum Essen wurde sie in das Kinderbett gelegt und in liegender Position gefüttert. Auf Nachfrage wurde erklärt, dass dies die normale Haltung sei. Eine spätere Deutung dieser Fütterung als defizitär aufgrund von mangelndem Körperkontakt und wahrscheinlich auch unangenehmer Lagerung konnte von den Eltern nicht angenommen werden. Unmittelbar nach Beginn der Nahrungsgabe endete die Fütterung mit den Worten, dass das Kind keine Lust mehr habe. Zu diesem Zeitpunkt hatte Sara jedoch kaum etwas zu sich genommen. Es wurde retrospektiv versucht, diese kurze Szene des Fütterns und auch die Stille während der Fütterinteraktion mit den Eltern zu reflektieren und sie wurden ermutigt, mit ihrem Kind mittels Lautierungen in Kontakt zu treten und es zu belohnen. Die Eltern zeigten sich insgesamt eher abwehrend in Bezug auf Einsichten den Interaktionsschwierigkeiten gegenüber. Die Empfehlung der Ökotrophologin, die Nahrung abwechslungsreicher zu gestalten, lehnte die Mutter ab, da sie die Phantasie hatte, dass eine somatische Störung, wie postnatal der Mekoniumpfropf, durch zu viel „Experimentieren“ entstehen könnte. Eine weitere erstaunliche Beobachtung war das Eingehen des Vaters auf die Anregung zu mehr Abwechslung der Nahrungsgeschmäcker: Er kaufte der Tochter noch am gleichen Tag ein Hörnchen mit Zuckerüberzug. Das Kind leckte vergnügt daran, die Mutter nahm es ihr weg, weil sie Angst vor einem möglichen Verschlucken hatte. Zeitnah stellten die Eltern sich in einer Spezialklinik für frühkindliche Essstörungen vor, die allerdings keine Indikation einer stationären Therapie, so die Eltern, gesehen habe, da sich die körperliche Situation und die Interaktion bei der Nahrungsaufnahme gebessert habe. Die Magensonde wurde im häuslichen Rahmen gezogen und mit Hilfe des Kinderpflegedienstes konnten die Fütterbedingungen positiv verbessert werden. Regelmäßige Gewichtskontrollen wurden beim Kinderarzt durchgeführt.

Die Diagnose der Posttraumatischen Fütterstörung, die zu jedem Alter akut durch Nahrungsverweigerung einsetzen kann, ist am ehesten dem geschilderten Einzelfall zuzuschreiben (Chatoor, 2012, 136; Zero to Three, 2005). Neben der plötzlich eintretenden Nahrungsverweigerung sind ebenfalls Komplikationen der Frühgeburt sowie die Beeinträchtigung des Sehvermögens erschwerend als somatische Kofaktoren zu berücksichtigen. Parallel dazu sind die zahlreichen Auffälligkeiten in der Interaktion zu verzeichnen. Differentialdiagnostisch ist beispielsweise die Diagnose „Fütterstörung mit

unzureichender Eltern-Kind-Reziprozität“ hinzuzuziehen, da wenig bis gar keine Reziprozität stattfindet. Dies ist jedoch klinisch durch die Mutter bedingt, die diesen Zustand nicht zulassen kann. Ebenso ist die Beeinträchtigung des Sehvermögens ausschließend für diese Diagnose.

Die Eltern zeigten sich bereits den frühgeburtlichkeitsbedingten Komplikationen gegenüber abwehrend, die sie in keinem angebotenen Kontext thematisieren konnten. Die Erfahrungen der poststationären Versorgung und die Ungewissheit um das Überleben von Sara haben sicherlich traumatisierende Spuren bei den Eltern hinterlassen, die Belastungen bei den Eltern nach sich ziehen können, welche diese jedoch ebenfalls nicht thematisieren wollten oder auch konnten. Auch die Ängste durch den Verlust des ungeborenen Säuglings könnten sich reaktiviert haben (vgl. Abschnitt 2.3.2 Psychosoziale Folgen der Frühgeburtlichkeit). Gerade die Schwierigkeiten in der Interaktion zeigten sich in beobachteter Fütterszene, in der kein Körperkontakt oder auditiver Kontakt zum Kind aufgenommen wurde, was bei einem sehbeeinträchtigten Kind als besonders wichtig erscheint und dessen Ausbleiben ein hohes Maß an Empathielosigkeit auf Seiten der Eltern zeigt und auf große Probleme der Einfühlung hinweist. Dies kann alternativ auch als eine Art Demonstration der maternalen Kontrolle verstanden werden, die von Farrow und Blisset (2006) vermehrt bei Müttern essgestörter Kinder beschrieben wird, da das Kind im Bettchen liegt und sie über es gebeugt die Situation exklusiv bestimmen. Ebenfalls ein Zeichen der Kontrolle ist das abrupte Beenden des Fütterns nach nur wenigen Minuten, ohne kindliche Anzeichen von Beendigung. Dieser plötzliche Abbruch führt, wie Drotar et al. (1990) beschreibt, zur Frustration auf beiden Seiten. Als Anzeichen für Ängste und Belastungen kann die artikulierte Sorge der Mutter vor einer weiteren Operation gesehen werden und auch die panische Angst vor dem Verschlucken durch ein neues Lebensmittel, deren Konsistenz sie selbst ablehnen würde. Dies sind Hinweise für eine Übertragung der eigenen Ängste auf das Kind und eine Störung in der Interaktion. Eigene Problematiken mit der Nahrungsaufnahme, biographisch wie aktuell, werden durch fehlende gemeinsame Mahlzeiten deutlich. Gerade eigene Probleme mit einer Essstörung können nach Micali et al. (2009) erklären, warum betroffene Mütter in geringerem Maße eine Reziprozität eingehen und auch die kindlichen Bedürfnisse inadäquater wahrnehmen können.

All diese Vermutungen können jedoch durch eine fehlende psychometrische Erhebung nicht abgestützt werden. Insgesamt beschreibt der Fall das abwehrende Verhalten von möglichen Studienteilnehmern, die aus einer Kombination von traumatischen Erfahrungen nach

intensivmedizinisch bedingten Komplikationen nach einer Frühgeburtlichkeit bei Kind und Eltern sowie der Schwierigkeit der Interaktion aus eigenen biografisch verstehbaren Belastungen stammen könnte.

Abbildung 17 und 18 zeigen die manuell eingezeichneten Perzentilen nach Kronmeyer-Hauschild et al. (2001):

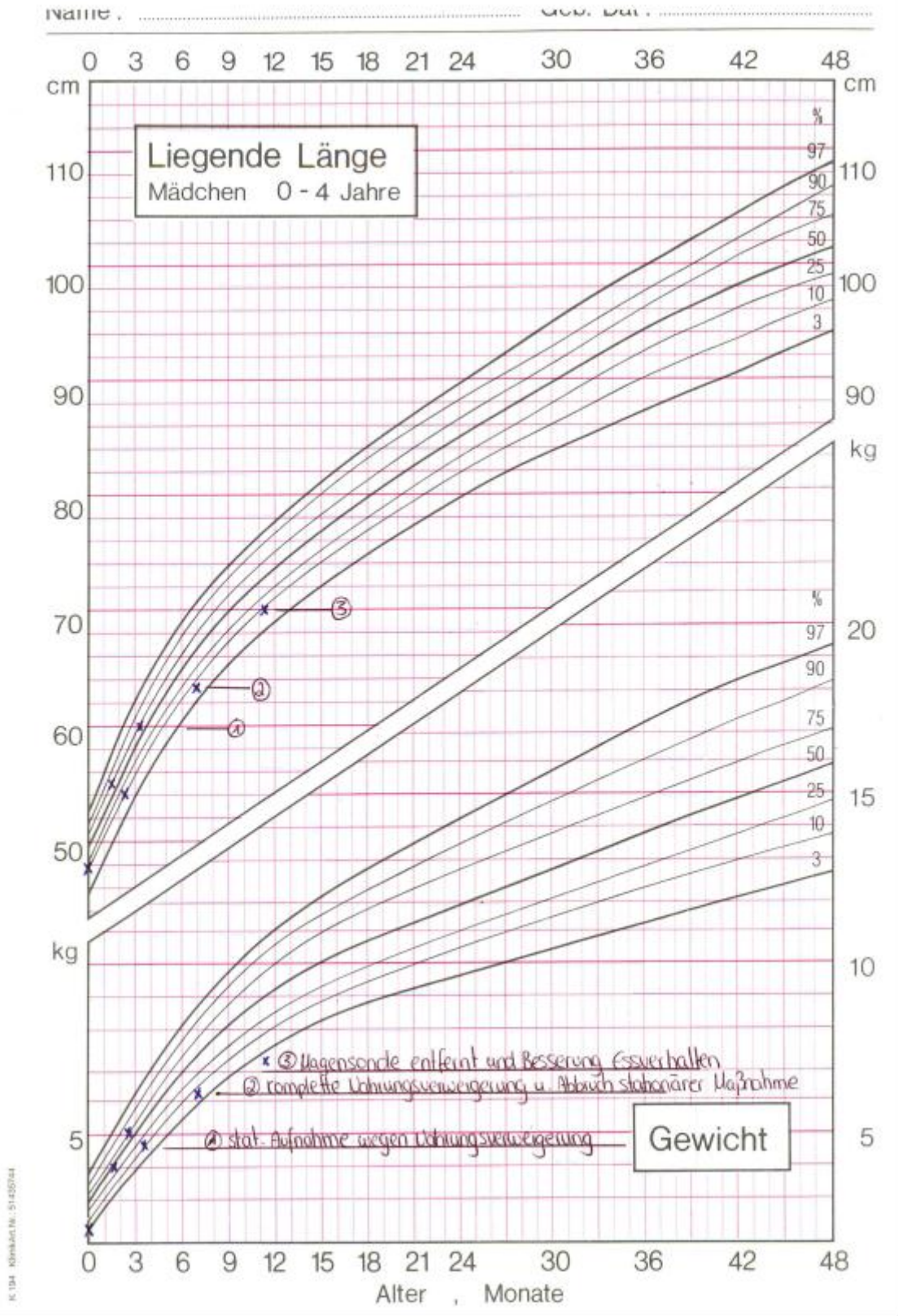


Abbildung 17: Perzentilkurve „Sara“

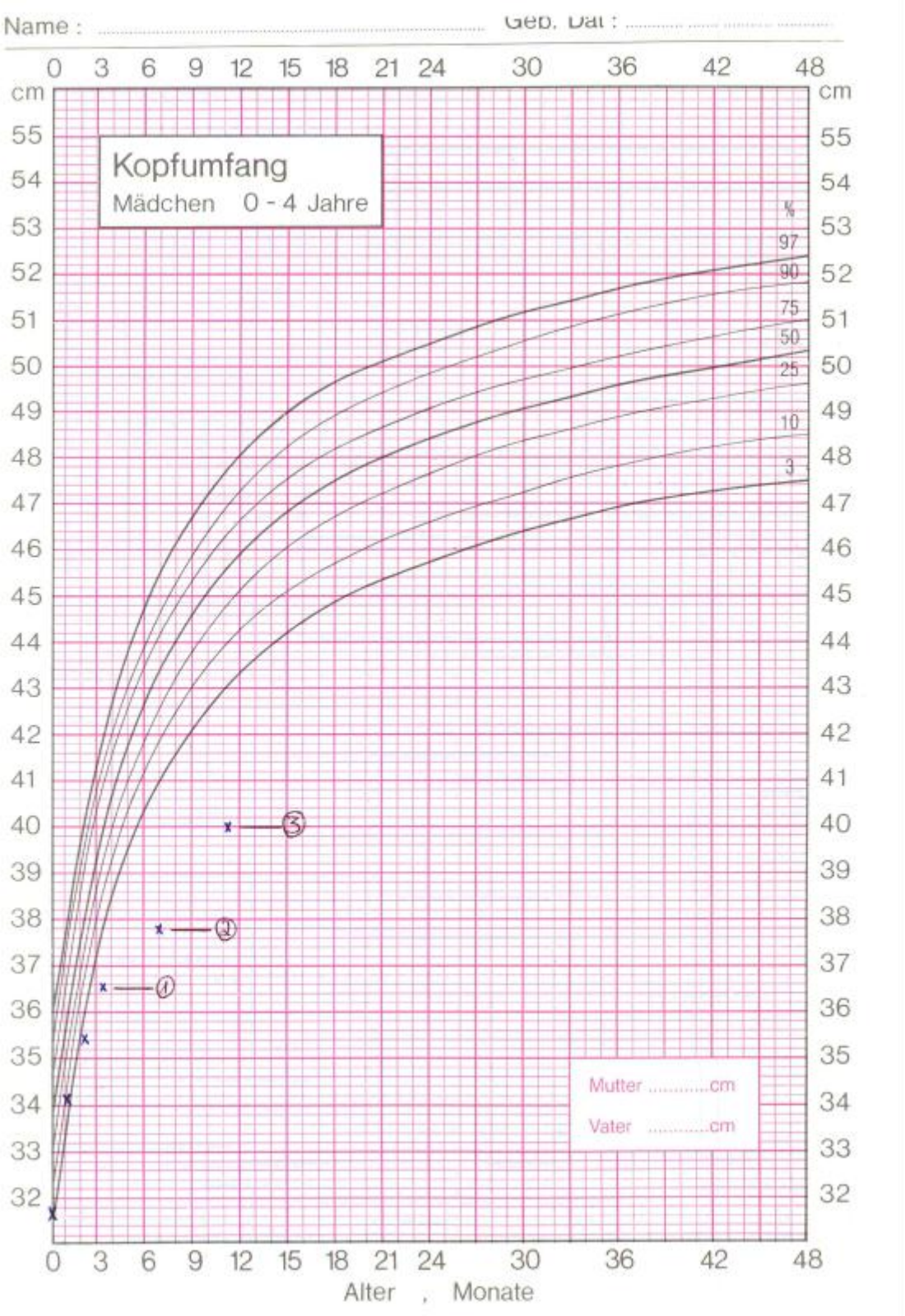


Abbildung 18: Perzentile Kopfumfang, korrigiertes Alter

6. Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die psychosozialen Belastungsfaktoren von Essstörungen bei Frühgeborenen genauer zu untersuchen und sich dabei auf Interaktions- und Familienprobleme zu fokussieren. Die Ergebnisse und deren Bedeutung für die gestellten Hypothesen werden im Folgenden zusammengefasst. In einem weiteren Schritt werden sie hinsichtlich der theoretischen Überlegungen interpretiert und mit dem aktuellen Stand der Forschung in Relation gesetzt. Zudem werden die Limitationen der vorliegenden Untersuchung diskutiert und Empfehlungen zu deren Lösung vorgeschlagen.

6.1 Entwicklung von Essstörungen bei Frühgeborenen und die psychosoziale Belastung bei den Eltern

Die vorangehende Studie „Essstörungen bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500g im Alter zwischen 1 und 7 Jahren – Inzidenz, Verlauf und Risikofaktoren“ von Grass (2012) untersuchte bereits das Auftreten von Essstörungen bei Frühgeborenen am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Gießen. Die retrospektiv angelegte Untersuchung zeigte Essstörungen bei 24,7% der Frühgeborenen, die höchste Prävalenz der Essstörungen innerhalb des ersten Lebensjahres sowie vermehrte familiäre Probleme als Folge dieser zusätzlichen Belastung. Über die Messzeitpunkte bis T6 hinweg zeigten in der vorliegenden prospektiven Studie 37,5% der Frühgeborenen eine Essstörung. Zur Erfassung der dabei vorliegenden psychosozialen Belastung wurde mittels der Hospital-Anxiety-and-Depression Scale die Angst und Depression, der Toronto-Alexithymie-Skala die Alexithymie, der Allgemeinen Familienbögen die wahrgenommenen Familienprobleme und der Adult Attachment Scale der Bindungsstil der jeweils teilnehmenden Eltern ermittelt. Zur Klärung dieser Frage wurden die psychosozialen Probleme der Eltern für den Messzeitpunkt T0, also 0.-3. Lebensmonat, gewählt. Entgegen der Erwartung zeigen die Mütter von Frühgeborenen mit einer Essstörung im Vergleich zu den Müttern von Frühgeborenen ohne Essstörung nicht bedeutend mehr psychosoziale Belastung in den Bereichen Angst, Depression, Familienprobleme, Alexithymie und Bindungsstil.

Die teilnehmenden Väter zum Untersuchungszeitpunkt T0 geben ebenfalls kein einheitliches Bild einer psychosozialen Belastung wider. Entgegen der Erwartung geben die Väter von Frühgeborenen mit einer Essstörung nicht bedeutend mehr Angst oder Depression, Familienprobleme oder einen problematischen Bindungsstil an. Im Bereich der Alexithymie wurde der Unterschied bei der Gruppe der Väter signifikant (p = .04). Dies bedeutet, dass sie signifikant mehr Schwierigkeiten haben, Gefühle zu identifizieren und auch signifikant mehr

Schwierigkeiten haben, Gefühle zu beschreiben als die Gruppe nicht betroffener Frühgeborener. Vor dem Hintergrund der Ausbildung einer Essstörung und vorhergehender traumatischer Erfahrung durch die um die Frühgeburt situierten Geschehnisse, scheinen die Väter es schwerer zu haben, sich an die neue *Situation* auf emotionaler Ebene einzustellen. Hintergrund hierfür könnte die erzwungene Passivität der Väter sein, da sie in vielen Situationen, wie beispielsweise der Entbindung des Kindes, nicht aktiv involviert sind und meist auch die Versorgung wenige Wochen und Monate nach Entlassung aus dem stationären Bereich hauptsächlich durch die Mütter erfolgt. Eine Möglichkeit dem entgegenzuwirken könnte das direkte Thematisieren und auch Reflektieren dieser Situation mit den Vätern darstellen, um bereits im stationären Rahmen präventiv auf die Zeit der häuslichen Versorgung vorzubereiten.

6.2 Entwicklung einer Essstörung zum Zeitpunkt der Individuation und Separation des Kindes

Es wurde davon ausgegangen, dass Frühgeborene mit der Ausbildung einer Essstörung ein niedrigeres Körpergewicht aufweisen und dass sich die Essstörung zu Messzeitpunkt T2, in der Phase der Individuation und Separation des Kindes, am häufigsten entwickelt. Erwartungskonform zeigen sich zu diesem Zeitpunkt prozentual die meisten Essstörungen (vgl. Tabelle 11) Entgegen der Erwartung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den Belastungen in der Gruppe der Mütter mit essgestörten Frühgeborenen. Die Väter hingegen äußerten signifikant mehr Probleme in der Kontrolle (p = .008) und in der Angst vor dem Verlassenwerden (p = .05). Die Probleme in der Subskala der Allgemeinen Familienbögen „Kontrolle“ deuten darauf hin, dass die Väter derart kontrolliert in das Familienleben einbringen, dass sie ihre Spontanität verlieren und es auch chaotische Züge in Bezug auf ihr Agieren annehmen kann (Cierpka und Frevert, 1994). Man kann das Ergebnis dahingehend interpretieren, dass ihre Versuche, das Familienleben zu kontrollieren, sich destruktiv auswirken und Anzeichen von offenen oder auch verdeckten Machtkämpfen sein können. Dieses Verhalten kann in Verbindung mit der Angst vor dem Verlassenwerden stehen. In Zusammenhang mit einer Essstörung beim Frühgeborenen haben wir hier also den parallelen Machtkampf um Kontrolle, der zwischen Mutter und Kind zu erwarten war, auf der Ebene der Väter und der Paarbeziehung. Auch hier könnte die passive Haltung der Väter, die durch eine berufliche Tätigkeit viele Mahlzeiten des Kindes nicht mitgestalten können, Hintergrund für dieses Verhalten sein. Wenn eine Essstörung vorliegt, gelingt es ihnen scheinbar , die Familie und insbesondere ihre Frau adäquat zu unterstützen und sie verfallen

in gegenteilige Verhaltensweisen der Kontrolle. Die Situation scheint sie derart zu verunsichern, dass sie sich isoliert fühlen und Angst haben verlassen zu werden.

6.3 Temperamentseinschätzung der Frühgeborenen

Entgegen der Erwartung wurde innerhalb der Untersuchungsgruppe keine signifikant unterschiedliche Beschreibung aller Temperamentsdimensionen in Bezug auf die Kinder durch die Eltern deutlich. Die Gruppe der Mütter mit essgestörten Frühgeborenen beschreiben ihre Kinder als signifikant weniger „behäbig, schwerfällig“ (p = .04). In der Temperamentsbeischreibung der Väter wurde kein Wert signifikant im Vergleich zur Normgruppe. Dies bedeutet, dass die Mütter von essgestörten Frühgeborenen deren Temperament als positiv in Bezug auf Schwerfälligkeit und Behäbigkeit einschätzen. Somit lässt sich die Auswirkung der Belastung nicht an substanziellen Unterschieden in der Temperamentseinschätzung der Kinder festmachen.

Die Untersuchungen zur Temperamentseinschätzung „behäbig, schwerfällig“ über die Messzeitpunkte bis T2 hinweg zeigen, dass die Mütter und Väter getrennt voneinander ihre Frühgeborenen zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten signifikant unterschiedlich einschätzen. Einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen Essstörung und keine Essstörung lässt sich jedoch nicht feststellen. Gerade die erhöhte Einschätzung zu Beginn bei T0 und abfallende Werte über T1 zu T2 lassen offen, ob die Eltern nach Entlassung und vorheriger stressbehafteter stationärer Versorgung ihre Kinder als besonders auffällig beschreiben und sich dies wiederum im Umgang miteinander über die Zeit hinweg adaptiert.

Bei den Vätern zeigt sich zudem, dass die Temperamentseinschätzung „unvorhersagbar“ sich signifikant zwischen den unterschiedlichen Messzeitpunkten unterscheidet. Während sie zu T0 höher eingeschätzt werden als zu T1, steigt die Einschätzung zu T2 wieder. Gerade zu Messzeitpunkt T2 scheinen die Väter bereits durch ihre angegebene psychosoziale Belastung in einem besonderen Spannungsfeld zu stehen, welches sich auf die Einschätzung des kindlichen Temperaments auswirkt.

Im Vergleich zur Normierungsstichprobe werden Unterschiede zur Untersuchungsgruppe deutlich. So beschreiben die Mütter der Frühgeborenen im Gegensatz zu den Vätern ihre Kinder als signifikant weniger anpassungsfähig (p = .008). In der Skala „behäbig, schwerfällig“ stimmen die Einschätzungen der Eltern überein, indem sie die Frühgeborenen signifikant behäbiger und schwerfälliger (p = .001) beschreiben als die Normierungsstichprobe. Durch diesen Vergleich zeigt sich, dass die Eltern der Frühgeborenen diese in der Temperamentsbeschreibung auffälliger einschätzen als die

Normierungsstichprobe. Für die Versorgung der Kinder im häuslichen Umfeld wäre aufgrund der Unreife des Kindes und dem besonderen Augenmerk der Eltern eine Sensibilisierung derer, insbesondere der versorgenden Mütter, hilfreich, um Schwierigkeiten, die durch die sensomotorischen Defizite und deren Folgen für das Temperament entstehen können, zu erklären und möglicherweise auch zu beheben.

Der Vergleich der Skala „Abwehr“ der Mütter und Väter hat mit $p = .051$ ein annähernd signifikantes Ergebnisses gezeigt. Es bleibt somit zu diskutieren, ob die Väter tatsächlich belasteter sind und die Kinder als schwieriger aus ihrer beschriebenen Passivität heraus her einschätzen oder ob es das abwehrende Antwortverhalten der Mütter ist, das so signifikante Unterschiede in den beschriebenen Bereichen verdeckt.

6.4 Psychosoziale Belastung der Untersuchungsgruppe

Angst und Depression wurden in der Literatur bereits als mögliche Risikofaktoren für eine Frühgeburt beziehungsweise in enger zeitlicher Verbindung mit einer Frühgeburt nachgewiesen (Dole et al., 2003; Orr et al., 2007). Auch die Persistenz der Ängste und die nicht wesentliche Reduzierung von Angst und Depression bei Müttern von Frühgeborenen und deren Auswirkung auf die Emotionalität des Kindes wurde bereits in verschiedenen Studien gezeigt (Kersting et al., 2004; O’Connor et al., 2002; Singer et al., 1999). Spezielle Untersuchungen zu der Belastung der Väter, deren Kinder intensivmedizinisch betreut wurden, zeigen höhere Werte im Bereich der Angst und der postnatalen Depression (Carter et al., 2005). Die vorliegende Studie verwendet das gleiche Messinstrument zur Erfassung der Angst und Depression wie die Studie von Carter und Kollegen (2005), dessen Ergebnisse dem hiesigen Messzeitpunkt T0 entsprechen. In ihrer Studie zeigen die Mütter von sehr kleinen Frühgeborenen signifikant mehr Depression als die Vergleichsgruppen der reiferen Frühgeborenen, nicht jedoch signifikant mehr Angst. Im Gegensatz dazu zeigen die Väter der sehr kleinen Frühgeborenen signifikant mehr Angst als die Vergleichsgruppe der Väter mit Reifgeborenen, jedoch nicht signifikant mehr Depression. Wenn man die Mittelwerte und Standardabweichungen beider Studien bei ungefähr gleicher Teilnehmerzahl der Eltern von Frühgeborenen vergleicht, zeigt sich, dass die Mütter der vorliegenden Studie im Mittel weniger Angst und weniger Depression zeigen. Auch die Väter zeigen in beiden Kategorien geringere Werte (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Vergleich der Werte HADS mit der Studie Carter et al. (2005)

HADS	**vorliegende Untersuchung < 32. SSW**		**Carter et al. (2005) < 33. SSW**	
	Mütter (n=38)	Väter (n=32)	Mütter (n=33)	Väter (n=30)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Angst	5.21 (3.35)	4.18 (2.71)	7.2 (3.7)	6.0 (3.6)
Depression	3.44 (2.42)	3.18 (2.69)	5.4 (3.3)	3.7 (3.7)

Dies verdeutlicht, dass die angegebene Belastung der vorliegenden Stichprobe sich insgesamt eher im unteren Bereich befindet, da sie im Vergleich zur Normierungsstichprobe signifikant weniger Angst und Depression und im Vergleich zu den Eltern der Studie von Carter et al. (2005) ebenfalls im Mittel weniger Anzeichen von Angst und Depression zeigt.

Angst und Depression mittels der HADS wurden ebenfalls in einer Studie von Haycraft et al. (2013) untersucht, bei der Mütter von 3- bis 4-jährigen in Verbindung mit nahrungsgebendem Verhalten untersucht wurden. Hier zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Depressionswerten und einem verbalem sowie körperlich höheren Druck während der Nahrungsgabe. Auch hier liegen die Mittel- und Standardwerte der vorliegenden Studie im Vergleich niedriger, wie Tabelle 32 zeigt.

Tabelle 32: Vergleich der Werte der HADS mit der Studie von Haycraft (2013)

HADS	**Vorliegende Studie**			**Haycraft et al. (2013)**
	n = 38			n = 58
	ES	NES	ges.	gesamte Stichprobe
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Depression	5.20 (3.03)	5.21 (3.44)	5.21 (3.35)	7.76 (5.28)

Anmerkung: ES = essgestörte Frühgeborene, NES = nicht essgestörte Frühgeborene, ges.= gesamte Stichprobe der vorliegenden Studie

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass sowohl die Mütter von Kindern mit einer Essstörung als auch die ohne eine Essstörung in der vorliegenden Stichprobe weniger Anzeichen einer Depression zeigen, als die Teilnehmer der Studie von Haycraft et al. (2013).
Dieser Vergleich zeigt, dass trotz geringer Fallzahl der vorliegenden Studie die Belastung der untersuchten Eltern in den Bereichen Angst und Depression auf einem geringen Level liegt.

In Bezug auf das Bindungsverhalten und Familienprobleme zeigen Studien über Eltern von essgestörten Kindern mehr Unzufriedenheit bezüglich der Paarbeziehung und mehr Familienprobleme (Benoit et al., 1989; Ünlü et al., 2006). Dies konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Zum einen zeigt sich in dem Vergleich der gesamten Gruppe

von Müttern und Vätern mit einem essgestörten Kind ein höheres Maß an Nähe und Vertrauen als bei der Vergleichsgruppe der Mütter und Väter ohne essgestörtes Kind. Dieses Ergebnis deutet auf ein höheres Maß an Wohlbefinden in der Paarbeziehung hin und spiegelt sich konform in dem geringeren Maß an Familienproblemen wider. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie werden durch die Studie von Sarimski (1996) gestützt, bei der die Mütter berichteten, dass sie die Erfahrungen der Frühgeburt und deren Folgen als eine Art Stärkung für die Familie empfunden haben, was ebenfalls für weniger Probleme und mehr Zusammenhalt in der betroffenen Gruppe spricht.

6.5 Entwicklung einer Essstörung zum Messzeitpunkt T2

Eltern von Frühgeborenen erleben während der intensivmedizinischen Versorgung ihres Kindes ein erhöhtes Maß an kontrollierenden Funktionen durch die Beobachtung der Vitalparameter und die minutiös dokumentierte Nahrungsauf- und Gewichtszunahme. Auch die weiterführenden, begleitenden Untersuchungen und Förderungen vermitteln das Gefühl, die Kontrolle des Kindes in einem hohen Maße aufrecht erhalten zu müssen. Mit zunehmender Entwicklung des Frühgeborenen kann dieses Maß an Kontrolle jedoch schrittweise zurückgenommen werden. Dies überträgt sich auch auf die Füttersituation, bei der das Frühgeborene erst nach bestimmten Zeiten sondiert wird und schrittweise die Entwicklung von Hunger und Sättigung erlernt, in dessen Lernprozess die Eltern ebenfalls involviert sind und das sensible Erkennen der Bedürfnisse ebenfalls erlernen müssen. Wenn die sensomotorischen Fähigkeiten des Kindes sich nun erweitern, so bedingt dies auch eine situative Anpassung der nahrungsgebenden Person. Die Studie von Chatoor (1989) zeigt eindrücklich, wie sich ein Konflikt in den Bereichen Abhängigkeit, Autonomie und Kontrolle auf die Esssituation auswirken kann, indem die Mutter auf die Autonomiebestrebungen des Kindes mit Abwehr reagiert und die Füttersituationen mehr und mehr einem Kampf gleichen. In der Studie von Farrow und Blisset (2006) werden die negativen Auswirkungen von stark kontrollierendem maternalem Verhalten auf die Dysregulation und das Gewicht des Kindes eindrücklich verdeutlicht, indem die maternale Kontrolle mit einem niedrigeren Gewicht des Kindes korreliert. In der vorliegenden Studie zeigen sich zwar prozentual die meisten Essstörungen zum Messzeitpunkt T2, in der die Individuation und Separation des Kindes beginnt, jedoch wurde das Auftreten der Essstörungen im Vergleich zu den anderen Messzeitpunkten nicht signifikant. Auch wenn das kontrollierende Verhalten
der Mütter von essgestörten Kindern sich nicht signifikant von dem der anderen Mütter unterschied, zeigte es sich dennoch bei der Untersuchungsgruppe der Väter. Es scheint, als

hätte sich die Kontrolle in diesem Zusammenhang auf eine andere Ebene verlagert. Nicht zwischen Mutter und Kind, sondern zwischen den Eltern und in der Beziehung des Vaters zur Familie. Eine Erklärung hierfür könnte die Passivität der Väter im biologischen Prozess der Schwangerschaft sein, sowie der Entbindung und hauptsächlichen Versorgung des Kindes durch die Mutter. Eine mögliche Lösung hierfür wäre das Angebot der Reflektion, im Sinne einer Besprechung der Problematik, an die Väter, um ein Gefühl der Passivität zu vermeiden.

6.6 Einschätzung des Temperaments

In der Literatur wurde der Zusammenhang von Essstörungen bei Kindern und deren Schwierigkeiten mit der Regulation beschrieben. Diese Dysregulation geht mit Unruhe, Unkonzentriertheit und einer verminderten Kompetenz Hungergefühle zu zeigen einher. Die Interaktionsschwierigkeit verschärft sich, wenn das Kind nur kurze Phasen der Bereitschaft zur Nahrungsaufnahme zeigt und die Mutter ihm in verminderter Zeit Nahrung anbietet (Boodewes, 2003; Dunitz-Scheer et al., 2007; von Hofacker, Papoušek, Wurmser, 2010). Gerade die Ergebnisse der „Münchener Sprechstunde für Schreibabies“ haben die Dysregulationen der füttergestörten Kinder gezeigt und geben eine Erklärung für die damit zusammenhängende negative Temperamentszuschreibung (Lindberg et al., 1994; von Hofacker, Papoušek, Wurmser, 2010). Dies konnte sich in der vorliegenden Studie nicht bestätigen, da sich zum Zeitpunkt der häufigsten Essstörungen keine signifikanten Werte zu einer negativen Temperamtsbeschreibung durch die Eltern ergeben haben. Lediglich eine geringere Zuschreibung von weniger Behäbig- und Schwerfälligkeit wurde signifikant im Vergleich zur Temperamentseinschätzung der Mütter ohne essgestörte Frühgeborene. Dies könnte jedoch auch eine zu hohe Aktivierung bei dem Frühgeborenen bedeuten, welche es schwierig macht sich in Ruhe und Konzentration auf die Fütterszene einzulassen.

Zur Ermittlung der Temperamentseinschätzung wurde der ICQ verwendet, der ebenfalls in den Studien zur Essstörung von Chatoor (2000) und zur Belastung nach einer Frühgeburt von Gensel (2010) eingesetzt wurde. Aufgrund des Vergleiches der Essstörungsproblematik werden zunächst die Daten der vorliegenden Studie mit der Studie von Chatoor (2000) und wegen der Übereinstimmung der Frühgeburtlichkeit und Temperamentseinschätzung anschließend die vorliegenden Daten mit der Studie von Gensel (2000) verglichen.

Zugunsten der Übersichtlichkeit werden die Kategorien der Skalen „aufgebracht, schwierig“ mit der Skala „difficult“, „nicht anpassungsfähig“ mit „negative adaption to Change“, „behäbig, schwerfällig“ mit „sober“ und „unvorhersagbar“ mit „irregular“ gleichgesetzt und tabellarisch in deutscher Sprache kategorisiert. Zudem wird auf den Vergleich mit der Gruppe

der Essstörung und zusätzlicher monosymptomatischer Essstörung verzichtet, da dies nur einen Teilnehmer betraf.

Es zeigt sich, dass die Eltern der vorliegenden Untersuchungsgruppe ihre essgestörten Kinder im Mittel weniger aufgebracht und schwierig, als anpassungsfähiger und vorhersagbarer, jedoch auch als behäbiger und schwerfälliger einschätzen, was sich innerhalb der untersuchten Stichprobe auch signifikant auf Seiten der Mütter zeigte (siehe Tabelle 33).

Tabelle 33: Vergleich der Einschätzung des Temperaments mit der Studie von Chatoor (2000)

ICQ	**Chatoor (2000)**		**vorliegende Studie**	
	Infantile Anorexie	Picky Eater	ES Mütter	ES Väter
	n = 34	n = 34	n = 4	n = 4
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
aufgebracht, schwierig	28.3 (1.6)	24.9 (1.2)	18.50 (3.11)	20.50 (1.29)
nicht anpassungsfähig	16.0 (0.8)	16.6 (1.0)	13.25 (3.40)	8.50 (4.43)
behäbig, schwerfällig	4.8 (0.4)	4.4 (0.3)	6.75 (1.26)	9.50 (1.91)
unvorhersagbar	8.1 (0.6)	7.9 (0.4)	7.50 (2.65)	7.00 (1.41)

Aufgrund der geringeren Teilnehmerzahl und der unterschiedlichen Kategorisierung von Essstörungen in der vorliegenden Studie ist der Vergleich der Temperamentseinschätzung als Tendenz anzusehen. Er zeigt ein durchmischtes Bild an Temperamentseinschätzungen, da zwei Skalen im Mittel höher und zwei Skalen niedriger eingeschätzt wurden.

Gensel (2010) untersuchte die Belastung der Väter von Frühgeborenen und deren Auswirkungen auf die Temperamentseinschätzung zum 6. Lebensmonat der Frühgeborenen, der in der vorliegenden Untersuchung T2 entspricht. Um beide Einschätzungen zu vergleichen, wird sich auf die Temperamentseinschätzung der Väter von Frühgeborenen ohne psychische Belastung nach ICD-10 aus der Studie von Gensel (2010) und die Gesamtheit der Väter von Frühgeborenen aus der vorliegenden Studie bezogen.

Es zeigt sich, dass die Väter der vorliegenden Studie die Frühgeborenen als aufgebrachter, schwieriger und behäbiger, schwerfälliger als die Väter der Vergleichsstudie einschätzen. Im Gegensatz dazu beschreiben sie die untersuchten Frühgeborenen als anpassungsfähiger und vorhersagbarer (siehe Tabelle 34).

Tabelle 34: Vergleich der Einschätzung des Temperaments mit der Studie von Gensel (2010)

ICQ	Gensel (2010)		vorliegende Studie	
	M (SD)	n =	M (SD)	n =
aufgebracht, schwierig	16.61 (4.06)	49	18.36 (4.04)	22
nicht anpassungsfähig	10.11 (3.54)	52	9.77 (3.75)	22
behäbig, schwerfällig	1.82 (2.73)	51	8.22 (1.82)	22
unvorhersagbar	7.44 (2.06)	52	7.13 (1.75)	22

Der Vergleich der beiden Studien zeigt, dass die vorliegenden untersuchten Frühgeboren nicht per se ein auffälliges oder unauffälliges Temperament in der Beschreibung der Väter besitzen. Aufgrund der unterschiedlichen Gruppengröße ist der Vergleich auch hier als Tendenz zu verstehen.

6.7 Stärken und Limitationen der Studie

Diese Studie erhob erstmals in einer prospektiven, längsschnittlichen Erhebung Daten mit Messwiederholung, um eine realistische Aussage zum Vorliegen einer Essstörung sowie der zu dem Zeitpunkt aktuellen psychosozialen Verfassung des jeweiligen Elternteils.

Darüber hinaus wurde die psychosoziale Verfassung des jeweiligen Elternteils durch die Anwendung verschiedener Messinstrumente und gleichsam Fragebögen der Selbsteinschätzung ausführlich und fokussiert untersucht. Die Anzahl der partizipierenden Eltern betrug zum Messzeitpunkt T0 75,9%, wobei sich dies durch die Studienabbrecher bis T3 auf 62,9% reduzierte. Diese Untersuchung ist aus empirischer Sicht hoch interessant und durch die Kombination aus qualitativen und quantitativen Daten eine Besonderheit in der Herangehensweise. Dennoch müssen einige methodische Limitationen berücksichtigt werden.

Zu den Limitationen der Studie zählen grundsätzlich die geringe Teilnehmerzahl, die unterschiedliche Teilnehmerzahl von Müttern und Vätern zu den verschiedenen Messzeitpunkten, die die vorliegenden Ergebnisse und deren Interpretation einschränken, sowie die nicht abgeschlossene Datenerhebung. Zudem fehlen Angaben zur psychosozialen Belastung der teilnehmenden Mütter und Väter vor der Entbindung des Kindes, um einen Eindruck über deren psychosoziale Verfassung vor der Frühgeburt zu gewinnen und auch der Vergleich mit einer Gruppe von Eltern Reifgeborener.

Eine Erklärung zu den teilweise gegensätzlichen Ergebnissen der Datenlage aus der Literatur könnte sein, dass zum einen die Messinstrumente und Untersuchungsgruppen im Vergleich zu anderen Studien differieren. Zum anderen könnten die Eltern der vorliegenden Studie durch die traumatische Erfahrung und das Problem der Essstörung sich emotional näher gekommen

sein, um das Problem zu bewältigen. Der Vergleich der Temperamentsbeschreibung der Kinder der Untersuchungsgruppe wurde mit der Eichstichprobe durchgeführt. Diese Aussagen sind jedoch dahingehend begrenzt, als dass die Eichstichprobe aus einem anderen psychosozialen und soziodemographischen Kontext stammt.
Der Zusammenhang zwischen Essstörung und Körpergewicht der Frühgeborenen ist ebenfalls nur begrenzt aussagekräftig, da nicht alle medizinischen Parameter berücksichtigt wurden und ein persistierendes Verbleiben in einer Perzentilenkategorie nicht berücksichtigt wurde.
Insgesamt ist der Vergleich mit den in der Literatur beschriebenen Studien schwierig, da häufig unterschiedliche Instrumente zur Erfassung einer Essstörung und zur psychosozialen Belastung von Eltern hinzugezogen wurden.
Der beschriebene Einzelfall unterstreicht die in der Literatur beschriebenen Zusammenhänge mit Essstörungen in den Biographien der Eltern sowie der Abwehr in Bezug auf die Wahrnehmung einer Essstörung beim eigenen Kind.

6.8 Klinische Implikationen

Die Rate der Entwicklung einer Essstörung bei Frühgeborenen liegt bei 37,5% im Verlauf des ersten Lebensjahres und entspricht damit im Schnitt der in der Literatur angegebenen kindlichen Essstörungsrate (Lloyd et al. 1981, Wurmser und Papoušek 2010).
Zu den wesentlichen Ergebnissen der Studie zählt:

1. die signifikant alexithyme Belastung der Väter von essgestörten Frühgeborenen im Vergleich zu solchen ohne essgestörte Frühgeborene.
2. das prozentual häufigste Auftreten der Essstörungen bei Frühgeborenen zum Messzeitpunkt T2 und die signifikanten psychosozialen Probleme der Väter von essgestörten Frühgeborenen im Vergleich zu solchen ohne essgestörte Frühgeborene in den Bereichen „Kontrolle“ und „Angst vor dem Verlassenwerden“.
3. die Temperamentsbeschreibung der Mütter von essgestörten Frühgeborenen als signifikant weniger „behäbig, schwerfällig“ im Vergleich zu solchen ohne essgestörte Frühgeborene.

Das Auftreten der Alexithymie bei den Vätern von essgestörten Frühgeborenen kann ein Hinweis auf die schwierige emotionale Anpassung an die multiplen Probleme der Untersuchungsgruppe sein. Durch die passive Rolle der Väter, die mit der Austragung

des Kindes durch die Mutter und der beruflichen Tätigkeit der Väter anstelle der Versorgung des Kindes im häuslichen Umfeld einhergeht, kann ein Auftreten einer Alexithymie begünstigt werden. Der Passivität der Väter könnte durch eine engmaschige psychosoziale Begleitung, bereits während der stationären Versorgung und im Hinblick auf die Entlassung des Frühgeborenen, innerhalb der diese Problematik thematisiert und reflektiert wird, präventiv entgegengearbeitet werden. Auch im weiteren Verlauf der Versorgung des Kindes bei gleichsamer Ausbildung einer Essstörung sind die Väter im Vergleich zu den Müttern stärker belastet, was sich in deren Kontrollverhalten und Angst vor dem Verlassenwerden zeigt. Auch hier könnte die persistierende Passivität der Väter eine Rolle spielen, die nicht nur eine Essproblematik des Kindes erleben, sondern auch die Machtlosigkeit der versorgenden Mutter, dieses Problem zu lösen. Eine fortführende familientherapeutische oder paartherapeutische Intervention kann hilfreich sein, in einem abstinenten Rahmen eben diese Probleme und auch Entstehungsphantasien zu bearbeiten. Die Temperamentsbeschreibung der Mütter von essgestörten Frühgeborenen deutet darauf hin, dass sich diese viel bewegen und weniger phlegmatische Charakterzüge aufweisen. Dies kann zum einen positiv, in Zusammenhang mit einer Essstörung jedoch auch negativ konnotiert sein, indem sie Frühgeborene auf einem hohen Aktivierungsniveau erleben, welches in der Füttersituation nur schwierig zu adaptieren ist. Gerade dabei ist ein ausgeglichenes Verhältnis von Aktivierung und auch Konzentration notwendig, welches den essgestörten Frühgeborenen scheinbar schwieriger gelingt.

7. Zusammenfassung

7.1 Deutsche Zusammenfassung

Hintergrund: Frühgeborene haben es aufgrund ihrer Unreife besonders schwer, den komplexen Vorgang der Nahrungsaufnahme zu erlernen. Aufgrund ihrer Unreife werden sie zu Beginn ihres Lebens in einem intensivmedizinischen Setting versorgt, wodurch die Nahrungsaufnahme und somit auch die Ausbildung des Gefühls von Hunger und Sättigung behindert ist. Diese Faktoren bedingen, dass sie es besonders schwer haben die komplexe Koordination von Atmung, Nahrungsaufnahme, Körperhaltung und Schlucken zu erlernen. In dieser Zeit ist zudem das Familiensystem geprägt von Sorgen und Angst um das Frühgeborene.

Ziel: Ziel der Studie war es die psychosozialen Faktoren von Essstörungen bei Frühgeborenen genauer zu untersuchen und sich dabei auf Interaktions- und Familienprobleme zu fokussieren.

Methoden: Untersucht wurden alle in einem Zeitraum von 24 Monaten zwischen Mai 2012 und April 2014 am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Standort Gießen lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500g und einer Entbindung vor der 32. Schwangerschaftswoche bis zum 1. Lebensjahr. Im Maximum wurden somit 39 Frühgeborene 68 Elternteile wiederholt mittels Fragebogenbatterie untersucht, und dabei erfasst, ob das Frühgeborene eine Essstörung entwickelt hat und wie zu diesem Zeitpunkt das Ausmaß der psychosozialen Belastung bei den Eltern ist.

Ergebnis: Es zeigte sich zu Messzeitpunkt T0 (n=39) 12,8%, zu T1 (n=32) 12,5%, zu T2 (n=30) 16,7% und zu T3 (n=24) 12,5% eine Essstörung bei Frühgeborenen. Dabei zeigten die Väter von essgestörten Frühgeborenen mit p = .04 signifikant mehr Probleme im Bereich als Alexithymie als die Vergleichsgruppe Väter Frühgeborener ohne Essstörung. Zudem zeigen die Väter zu Messzeitpunkt T2, dem Zeitpunkt mit dem höchsten Auftreten einer Essstörung, in den Allgemeinen Familienbögen mit p = .008 signifikant mehr Probleme in der Kontrolle und mit p = .05 signifikant mehr Probleme in der Angst vor dem Verlassenwerden im Vergleich. Im Bereich des Temperaments, gemessen durch den Infant Characterstic Questionnaire, beschrieben die Mütter von essgestörten Frühgeborenen diese mit p = .04 als signifikant weniger „behäbig, schwerfällig“ im Vergleich und die Väter sie zwischen den Messzeitpunkten als signifikant unvorhersagbarer.

Diskussion: Es entsteht somit der Eindruck, dass die Väter in der Interaktion mit Familie bei auftretender Essstörungsproblematik die Spontanität in ihrem Handeln verlieren und das Familiensystem mehr kontrollieren. Die Machtkämpfe, die bei Essstörungen zwischen Kind

und fütternder Mutter entstehen, haben sich in dieser Untersuchung, wie es scheint, auf eine andere Ebene wiederholt. Die Temperamentsbeschreibung zu dieser Phase unterscheidet sich insbesondere in der Dimension „Schwierigkeit, Behäbigkeit“, da Mütter von Kindern mit einer Essstörung diese signifikant weniger auffällig in diesem Bereich beschreiben.
Hintergrund für die signifikanten Auffälligkeiten bei den Vätern im Gegensatz zu den Müttern könnte zum einen in der Passivität der Väter begründet sein, die sich durch die hauptsächliche Versorgung des Kindes durch die Mutter und die berufliche Tätigkeit der Väter erklärt. Aufgrund der annähernd signifikanten Abwehr im Antwortverhalten der Mütter bleibt es jedoch zu diskutieren, welchen Anteil dieses Antwortverhalten der Mütter hat, indem sie keine signifikanten Belastungen angeben.

7.2 Summary

Background: Due to overarching developmental lacks, premature infants experience particular hassle in adopting the complex process of nutritional intake. Because of their immaturity, at the beginning of her life in an intensive care setting is provided. As a result, food intake and thus the formation of the feeling of hunger and satiety is disabled.. These factors imply that they have a particularly difficult time to learn the complex coordination of breathing, food intake, body posture and swallowing. During this time, the family system is also overshadowed by worry and anxiety about premature babies.
Objective: This study aimed to explore the psychosocial factors of eating disorders in premature infants with a focus on family interactions and problems.
Methods: Between May 2012 and April 2014, for a period of 24 months, all infants born alive at the Center for Child and Adolescent Medicine, Justus-Liebig-University Giessen, before the 32. week of gestation with less than 1500g birth weight were studied until the completion of their first year of life. Therefore, 39 premature infants and 68 parental care-givers were repeatedly assessed through questionnaires in respect to the occurrence of an eating disorder and the extent of accompanying psychosocial burdens at that point in time.
Results: Eating disorders occured at t0 (n=39) with 12.8%, at t1 (n=32) with 12.5%, at t2 (n=30) with 16.7% and at t3 (n=24) with 12.5%. Paternal care-givers of premature infants with an eating disorder were assessed with significantly more problems in terms of alexithymia than those with premature infants without an eating disorder ($p = 0.04$). At t2, when most eating disorders manifested, paternal care-givers of premature infants with an eating disorder also experienced significantly more issues with control ($p = 0.008$) and the fear of splitting up in the general family assessment questionnaire.. As to temperament,

assessed by the infant characteristic questionnaire, maternal care-givers of premature infants with an eating disorder described them as being less sober, paternal care-givers as less irregular than their equivalent care-givers of premature infants without an eating disorder.

Discussion: It seems that male parents loose spontaneity in their interaction with the family system but try to exercise increased control over it, once an eating disorder occurs. In this study, the power struggle between feeding mothers and their premature infants with an eating disorder thus appear to have repeated at another level. The maternal description of their infant´s temperament during the occurrence of the eating disorder particularly differs in that they describe them as significantly less abnormal in the dimension of soberness.

One possible explanation for the significant peculiarities of male in contrast to female parents could be their passivity rooted in most care to the infant being provided through the female as well as their occupational obligations. In light of the almost significant level of resistance in the females questionnaire responsiveness, it remains to be discussed as to what extend this resistance behavior is due to their lack of usual burdens.

8. Abkürzungsverzeichnis

AAS	Adult Attachment Scale
ES	Frühgeborene mit Essstörung
FIRS	Fetal Inflammatory Response Syndrome
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HELLP	Haemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets
ICQ	Infant Characteristic Questionnaire
NES	Frühgeborene ohne Essstörung
P	Perzentile
SIRS	Systemic Inflammatory Response Syndrome
TAS-26	Toronto-Alexithymie-Skala-26

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht der teilnehmenden Eltern 30
Abbildung 2: Geburtsgewicht der Teilnehmer 39
Abbildung 3: Entbindungswoche der Teilnehmer 40
Abbildung 4: Übersicht Bildungsstand Eltern der Teilnehmer 41
Abbildung 5: Perzentilen zum Geburtsgewicht 43
Abbildung 6: Perzentilklassen zu T0 43
Abbildung 7: Perzentilklassen zu T1 44
Abbildung 8: Perzentilklassen zu T2 44
Abbildung 9: Perzentilklassen zu T3 45
Abbildung 10: Perzentilklassen zu T4 45
Abbildung 11: Perzentilklassen zu T5 46
Abbildung 12: Perzentilklassen zu T6 47
Abbildung 13: Perzentilenverlauf der Studienabbrecher nach T0 48
Abbildung 14: Perzentilenverlauf der Studienabbrecher nach T2 48
Abbildung 15: Perzentilenverlauf des Studienabbrechers nach T3 49
Abbildung 16: Angaben der Essstörung bis zum Messzeitpunkt T3 in % 50
Abbildung 17: Perzentilkurve „Sara“ 77
Abbildung 18: Perzentile Kopfumfang, korrigiertes Alter 78

10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der nicht berücksichtigten Teilnehmer 31
Tabelle 2: Übersicht der einzelnen Zeitpunkt der Befragung und der dazugehörige Lebensmonat 32
Tabelle 3: Übersicht der verwendeten Fragebögen 32
Tabelle 4: Verwendete Kategorien aus dem Anamnesebogen 33
Tabelle 5: Übersicht der medizinischen Parameter 40
Tabelle 6: Übersicht der Teilnehmer pro Messzeitpunkt 42
Tabelle 7: Mittelwerte und Standardabweichungen der psychosozialen Belastung von Müttern zum Messzeitpunkt T0 51
Tabelle 8: ANOVA psychosoziale Belastung der Mütter von Frühgeborenen mit Essstörung und ohne Essstörung zum Messzeitpunkt T0 52
Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen der psychosozialen Belastung der Väter von Frühgeborenen mit Essstörung und ohne Essstörung zum Messzeitpunkt T0 54
Tabelle 10: ANOVA psychosoziale Belastung der Väter von Frühgeborenen mit Essstörung und ohne Essstörung zum Messzeitpunkt T0 55
Tabelle 11: Kreuztabellarische Übersicht der Essstörungen bis T3 56
Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichungen der psychosozialen Belastung von Müttern zum Messzeitpunkt T2 57
Tabelle 13: Univariate Varianzanalyse zur psychosozialen Belastung der Mütter zum Messzeitpunkt T2 58
Tabelle 14: Mittelwerte und Standardabweichungen der Väter zum Messzeitpunkt T2 59
Tabelle 15: Univariate Varianzanalyse der psychosozialen Belastung der Väter zum Messzeitpunkt T2 60
Tabelle 16: Mittelwerte und Standardabweichungen zur Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Mütter 61
Tabelle 17: Univariate Varianzanalyse zur Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Mütter 62
Tabelle 18: Mittelwerte und Standardabweichung zur Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Väter 63
Tabelle 19: Univariate Varianzanalyse zur Einschätzung des kindlichen Temperaments durch die Väter 63
Tabelle 20: Temperamentsbeschreibung "behäbig, schwerfällig" durch die Mütter über die Messzeitpunkte hinweg 64

Tabelle 21: Veränderung der Temperamentsbeschreibung "behäbig, schwerfällig" durch die Mütter 65
Tabelle 22: Geschätzte Randmittel Temperamentseinschätzung "behäbig, schwerfällig" durch die Mütter über die Messzeitpunkte hinweg 65
Tabelle 23: Temperamentsbeschreibung "behäbig, schwerfällig" durch die Väter über die Messzeitpunkte hinweg 67
Tabelle 24: Veränderung der Temperamentseinhscätzung "behäbig, schwerfällig" durch die Väter 67
Tabelle 25: Geschätzte Randmittel Temperamentseinschätzung "behäbig, schwerfällig durch die Väter über die Messzeitpunkte hinweg 68
Tabelle 26: Temperamentsbeschreibung "unvorhersagbar" durch die Väter über die Messzeitpunkte hinweg 69
Tabelle 27: Veränderung der Temperamentseinschätzung "behäbig, schwerfällig" durch die Väter 69
Tabelle 28: Geschätzte Randmittel Temperamentseinschätzung "behäbig, schwerfällig" durch die Väter über die Messzeitpunkte 70
Tabelle 29: Mittelwerte und Standardabweichung Soziale Erwünschtheit Mütter und Väter . 71
Tabelle 30: Mittelwerte und Standardabweichungen Abwehr der Mütter und Väter 71
Tabelle 31: Vergleich der Werte HADS mit der Studie Carter et al. (2005) 83
Tabelle 32: Vergleich der Werte der HADS mit der Studie von Haycraft (2013) 83
Tabelle 33: Vergleich der Einschätzung des Temperaments mit der Studie von Chatoor (2000) 86
Tabelle 34: Vergleich der Einschätzung des Temperaments mit der Studie von Gensel (2010) 87

11. Literaturverzeichnis

Ahlund, S., Clarke, P., Hill, J., Thalange, Nandu K S (2009): Post-traumatic stress symptoms in mothers of very low birth weight infants 2-3 years post-partum. Arch Womens Ment Health 12, 261–264.

Altemeier, W.A., O'Connor, S.M., Sherrod, K.B., Vietze, P.M. (1985): Prospective study of antecedents for nonorganic failure to thrive. J Pediatr 106, 360–365.

American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Ammaniti, M., Ambruzzi, A.M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F. (2004): Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: Clinical assessment and research implications. J Am Coll Nutr 23, 259–271.

Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., Chatoor, I. (2009): Maternal psychopathology and child risk factors in infantile anorexia. Int J Eat Disord, NA.

Arockiasamy, V., Holsti, L., Albersheim, S. (2008): Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. Pediatrics 121, e215-22.

AWMF 2014. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-019l_S2k_Frühgeburt_Grenze_Lebensfähigkeit_2014-09.pdf (abgerufen am 18.01.2016)

Benoit, D., Zeanah, C.H., Barton, M.L. (1989): Maternal Attachment Disturbance in Failure to Thrive. Inf Mental Hlth J 10, 185–202.

Black, M.M., Hutcheson, J.J., Dubowitz, H., Berenson-Howard, J. (1994): Parenting style and developmental status among children with nonorganic failure to thrive. J Pediatr Psychol 19, 689–707.

Bodewees, T. (2003): Fütterinteraktion zwischen Mutter und Kind bei füttergestörten und nicht-füttergestörten Kindern. Dissertation. München.

Brosig, B., Döring, I., Jennessen, M., Kolbinger, M., Lehmann, H., Zimmer, K.P. (2010): Eine Testbatterie für die Psychoanalytische Familienpsychosomatik - Konzept und erste Ergebnisse. Psychosozial-Verlag 22, 49–83.

Bucher, H., Killer, C., Ochsner, Y., Vaihinger, S., Fauchère, J.-C. (2002): Growth, developmental milestones and health problems in the first 2 years in very preterm infants compared with term infants: a population based study. Eur J Pediatr 161, 151–156.

Carter, J.D., Mulder, R.T., Bartram, A.F., Darlow, B.A. (2005): Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 90, F109-13.

Cerro, N., Zeunert, S., Simmer, K.N., La Daniels (2002): Eating behaviour of children 1.5-3.5 years born preterm: Parents' perceptions. J Paediatr Child Health 38, 72–78.

Chatoor, I. (1989): Infantile anorexia nervosa: a developmental disorder or separation and individuation. J Am Acad Psychoanal 17, 43–64.

Chatoor, I. (2012): Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern-Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten. Stuttgart: Klett-Cotta.

Chatoor, I., Egan, J., Getson, P., Menvielle, E., O'Donnell, R. (1988): Mother—Infant Interactions in Infantile Anorexia Nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 27, 535–540.

Chatoor, I., Ganiban, J., Colin, V., Plummer, N., Harmon, R.J. (1998): Attachment and Feeding Problems: A Reexamination of Nonorganic Failure to Thrive and Attachment Insecurity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37, 1217–1224.

Chatoor, I., Ganiban, J., Hirsch, R., Borman-Spurrell, E., Mrazek, D.A. (2000): Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39, 743–751.

11. Literaturverzeichnis

Chatoor, I., Kerzner, B., Zorc, I. (1992): Two-Year-old twins refuse to eat: A multidisciplinary approach to diagnosis and treatment. Inf Mental Hlth J 13, 252–268.

Chatoor, I., Khushlani, D. (2006): Eating Disorders. In: Luby, J.L. (Hg.): Handbook of preschool mental health. Development, disorders, and treatment. S. 115–136. New York: Guilford Press.

Cierpka, M., Frevert, G. (1994): Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Copper, R., Goldenberg, R., Das, A., Elder, N., Swain M., Norman, G., Ramsey, R., CotroneoO, P., Collins, B., Johnson, F. (1996): The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. Am J of Obstet and Gynecol 175, 1286–1292.

Coussons-Read, M.E., Okun, M.L., Schmitt, M.P., Giese, S. (2005): Prenatal stress alters cytokine levels in a manner that may endanger human pregnancy. Psychosom Med 67, 625–631.

Crapnell, T.L., Rogers, C.E., Neil, J.J., Inder, T.E., Woodward, L.J., Pineda, R.G. (2013): Factors associated with feeding difficulties in the very preterm infant. Acta Paediatr 102, e539.

Delbaere, I., Verstraelen, H., Goetgeluk, S., Martens, G., Backer, G. de, Temmerman, M. (2007): Pregnancy outcome in primiparae of advanced maternal age. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 135, 41–46.

den Boer, Susanna L., Schipper, J.A. (2013): Feeding and drinking skills in preterm and low birth weight infants compared to full term infants at a corrected age of nine months. Early Hum Dev 89, 445–447.

ICD-10-GM, (2014): Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme, 10. Revision -German Modification-. URL: http://www.icd-code.de/icd/code/P07.-.html (Aufruf am 21.03.2014).

Dole, N., Savitz, D.A., Hertz-Picciotto, I., Siega-Ritz, A.M., McMahon, M.J., Buekens, P. (2003): Maternal stress and preterm birth. Am J Epidemiol 157, 14–24.

Drewett, R., Blair, P., Emmett, P., Emond, A. (2004): Failure to thrive in the term and preterm infants of mothers depressed in the postnatal period: a population-based birth cohort study. J Child Psychol Psychiatry 45, 359–366.

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

Dunitz-Scheer, M., Tappauf, M., Burmucic, K., Scheer, P. (2007): Frühkindliche Essstörungen. Monatsschr Kinderheilkd 155, 795–803.

Farrow, C., Blissett, J. (2006): Does maternal control during feeding moderate early infant weight gain? Pediatrics 118, e293.

Farrow, C.V., Blissett, J. (2008): Controlling feeding practices: Cause or consequence of early child weight? Pediatrics 121(1), e164-9 .

Feldman, R., Keren, M., Gross-Rozval, O., Tyano, S.A. (2004): Mother–child touch patterns in infant feeding disorders: Relation to maternal, child, and environmental factors. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 43, 1089–1097.

Flacking, R., Ewald, U., Nyqvist, K.H., Starrin, B. (2006): Trustful bonds: a key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. Soc Sci Med 62, 70–80.

Ganseforth, C., Kribs, A., Gontard, A.v., Kleffner, G., Pillekamp, F., Roth, B., Sticker, E.J., Schmidt-Denter, U. (2002): Die Bedeutung biologischer und psychosozialer Einflussfaktoren für das Belastungs- und Bewältigungserleben bei Müttern Frühgeborener 1500 g in den ersten Lebensmonaten des Kindes. Z Geburtshilfe Neonatol 206, 228–235.

Gensel, F. (2010): Väterliche psychische Belastung und Erleben der Vaterschaft nach extremer Frühgeburt. Dissertation. Hamburg.

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2014): Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000. URL: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=89869123&nummer=702&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=84943308 (Aufruf am 16.04.2014).

Grass, N. (2012): Essstörungen bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500g im Altern zwischen 1 und 7 Jahren. Inzidenz, Verlauf und Risikofaktoren. Dissertation. Gießen.

Grote, N.K., Bridge, J.A., Gavin, A.R., Melville, J.L., Iyengar, S., Katon, W.J. (2010): A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. Arch. Gen. Psychiatry 67, 1012–1024.

Hagekull, B., Bohlin, G., Rydell, A.M. (1997): Maternal sensitivity, infant temperament, and the development of early feeding problems. Inf Mental Hlth 18, 92–106.

Hayatbakhsh, M.R., Flenady, V.J., Gibbons, K.S., Kingsbury, A.M., Hurrion, E., Mamun, A.A., Najman, J.M. (2012): Birth outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy. Pediatr Res 71, 215–219.

Haycraft, E., Farrow, C., Blissett, J. (2013): Maternal symptoms of depression are related to observations of controlling feeding practices in mothers of young children. J Fam Psychol 27, 159–164.

Herrmann, C., Buss, U., Snaith, R.P. (2005): HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version. Deutsche Adaption der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) von R.P. Snaith und A.S. Zigmond. 2. Auflage: Testdokumentation und Handanweisung. Bern: Hans Huber.

Holditch-Davis, D., Bartlett, D., Blickman, A.L., Shandor Miles, M. (2003): Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs32, 161–171.

Kersting, A., Dorsch, M., Wesselmann, U., Lüdorff, K., Witthaut, J., Ohrmann, P., Hörnig-Franz, I., Klockenbusch, W., Harms, E., Arolt, V. (2004): Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. J Psychosom Res 57, 473–476.

Kotler, L.A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D.S., Walsh, B.T. (2001): Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40, 1434–1440.

Kronmeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H.C., Hesse, V., von Hippel, A., Jäger, U., Johnson, D., Korte, W., Menner, K., Müller, G., Müller, J.M., Niemann-Pilatus, A., Remer, T., Schäfer, F., Wittchen, H.-U., Zabransky, S., Zellner, K., Ziegler, A., Hebebrand, J. (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener Deutscher Stichproben. Monatsschr Kinderheilkd 149, 807-818.

Kupfer, J., Brosig, B., Brähler, E. (2001): Toronto-Alexithymie-Skala-26. Deutsche Version. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Lindberg, L., Bohlin, G., Hagekull, B., Thunström, M. (1994): Early food refusal: Infant and family characteristics. Int J Eat Disord 15, 262–277.

Lindberg, L., Gunilla, B., Hagekull, B. (1991): Early feeding problems in a normal population. Int J Eat Disord 10, 395–405.

Lindberg, L., Gunilla, B., Hagekull, B. (1996): Interactions between mothers and infants showing food refusal. Inf Mental Hlth J 17, 334–347.

Lloyd, B., Pursall, E., Emery, J.L. (1981): Hospital morbidity pattern in children under 1 year of age born in Sheffield 1975-6. Arch Dis Child 56, 36–39.

Lou, H., Nordentoft, M., Jensen, F., Pryds, O., Nim, J., Hemmingsen, R. (1992): Psychosocial stress and severe prematurity. Lancet 340, 54.

Manikam, R., Perman, J.A. (2000): Pediatric Feeding Disorders. J Clin Gastroenteroly 30, 34–46.

McLean, M., Bisits, A., Davies, J., Woods, R., Lowry, P., Smith, R. (1995): A placental clock controlling the length of human pregnancy. Nat Med 1, 460–463.

Meissner, W.W. (2006): Psychoanalysis and the mind-body relation: Psychosomatic perspectives. Bull Menninger Clin 70, 295–315.

Micali, N., Simonoff, E., Treasure, J. (2009): Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. The Journal of Pediatrics 154, 55–60.

Migraine, A., Nicklaus, S., Parnet, P., Lange, C., Monnery-Patris, S., Des Robert, C., Darmaun, D., Flamant, C., Amarger, V., Roze, J.-C. (2013): Effect of preterm birth and birth weight on eating behavior at 2 y of age. Am J Clin Nutr 97, 1270–1277.

Mutale, T., Creed, F., Maresh, M., Hunt, L. (1991): Life events and low birthweight-analysis by infants preterm and small for gestational age. Br J Obstet Gynaecol 98, 166–172.

Nordentoft, M., Lou, H.C., Hansen, D., Nim, J., Pryds, O., Rubin, P., Hemmingsen, R. (1996): Intrauterine growth retardation and premature delivery: the influence of maternal smoking and psychosocial factors. Am J Public Health 86, 347–354.

O'Connor, T.G., Heron, J., Glover, V. (2002): Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 41, 1470–1477.

Oei, J., Abdel-Latif, M.E., Clark, R., Craig, F., Lui, K. (2010): Short-term outcomes of mothers and infants exposed to antenatal amphetamines. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 95, F36-41.

Oglio, A.M., Piga, S., Coletti, M.F, De Marchis, C., Cuttini M. (Hg.) (2011): Eating, sleeping, hyperactivity and attention problems in very preterm children at 12, 24, 36 months follow-up. Abstracts from the third Excellence in Paediatrics Conference, 30 November - 3 December 2011 and the first PNAE Congress on Paediatric Nursing, 1-2 December 2011, Istanbul, Turkey. Band 100.

Orr, S.T., Reiter, J.P., Blazer, D.G., James, S.A. (2007): Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. Psychosom Med 69, 566–570.

Panagl, A., Kohlhauser, C., Fuiko, R., Pollak, A. (2002): Belastungen von Eltern auf neonatologischen Intensivstationen - Selbsteinschätzung versus Fremdeinschätzung. Geburtsh u Frauenheilk 62, 369–375.

Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Hg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern: Huber.

Pawlby, S., Hay, D.F., Sharp, D., Waters, C.S., O'Keane, V. (2009): Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. J Affect Disord 113, 236–243.

Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Ansermet, F. (2003): Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. Arch Dis Child. Fetal Neonatal Ed 88, 400 - 404.

Rath, W. (2005): Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (HES). In: Rath W, Friese K (Hg.): Erkrankungen in der Schwangerschaft, S. 73–97. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Rath, W., Friese, K. (Hg.) (2005): Erkrankungen in der Schwangerschaft. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Rauchfuss, M., Gauger, U. (2003): Vorzeitige Wehen und Frühgeburt--eine psychosomatische Störung? Ergebnisse einer prospektiven Studie. Zentralbl Gynakol 125, 167–178.

Rommel, N., Meyer, A.-M. de, Feenstra, L., Veereman-Wauters, G. (2003): The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. J Pediatr Gastroenterol Nutr 37, 75–84.

Samara, M., Johnson, S., Lamberts, K., Marlow, N., Wolke, D. (2010): Eating problems at age 6 years in a whole population sample of extremely preterm children. Dev Med Child Neurol 52, e16-22.

Sarimski, K. (1993): Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener. Prax Kinderpsychol K (c) Vandenhoeck & Ruprecht 42, 363–368.

Sarimski, K. (1996): Belastung von Eltern frühgeborener Babys nach deren Entlassung aus der stationären Pflege. Frühförderung Interdisziplinär 15, 28–36.

Sarimski, K. (2000): Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe: Klinische Kinderpsychologie. Bd. 1. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Schmidt, S., Strauß, B., Höger, D., Brähler, E. (2004): Die Adult Attachment Scale (AAS) - Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version. Psychother Psychosom Med Psychol 54, 375–382.

Schneider, H., Dürig, P. (2006): Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hg.): Die Geburtshilfe, S. 292–317. Heidelberg: Springer Verlag.

Shrim, A., Ates, S., Mallozzi, A., Brown, R., Ponette, V., Levin, I., Shehata, F., Almog, B. (2011): Is young maternal age really a risk factor for adverse pregnancy outcome in a canadian tertiary referral hospital? J Pediatr Adolesc Gynecol 24, 218–222.

Singer, L., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., Baley, J. (1999): Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. JAMA 281, 799-805.

Swaminathan, S., Alexander, G.R., Boulet, S. (2006): Delivering a very low birth weight infant and the subsequent risk of divorce or separation. Matern Child Health J 10, 473–479.

Sweet, M. (2003): Two-year outcome of infants weighing 600 grams or less at birth and born 1994 through 1998. Obstet Gynecol 101, 18–23.

Thiel-Bonney, C., Hofacker, N.: Fütterstörungen in der frühen Kindheit. In: Cierpka (Hg.) 2012 – Frühe Kindheit 0-3, S. 219–248.

Treyvaud, K., Anderson, V.A., Howard, K., Bear, M., Hunt, R.W., Doyle, L.W., Inder, T.E., Woodward, L., Anderson, P.J. (2009): Parenting behavior is associated with the early neurobehavioral development of very preterm children. Pediatrics 123, 555–561.

Treyvaud, K., Anderson, V.A., Lee, K.J., Woodward, L.J., Newnham, C., Inder, T.E., Doyle, L.W., Anderson, P.J. (2010): Parental mental health and early social-emotional development of children born very preterm. J Pediatr Psychol 35, 768–777.

Treyvaud, K., Doyle, L.W., Lee, K.J., Roberts, G., Cheong, Jeanie L Y, Inder, T.E., Anderson, P.J. (2011): Family functioning, burden and parenting stress 2 years after very preterm birth. Early Hum Dev 87, 427–431.

Treyvaud, K., Lee, K.J., Doyle, L.W., Anderson, P.J. (2014): Very preterm birth influences parental mental health and family outcomes seven years after birth. J Pediatr 164, 515–521.

Ünlü, G., Aras, S., Gübenir, T., Büyükgebiz, D., Bekem, Ö. (2006): Family functioning, personality disorders, and depressive and anxiety symptoms in the mothers of children with food refusal. Türk Psikiyatri Dergisi 17, 12–21.

von der Wense, A., Bindt, C. (2013): Risikofaktor Frühgeburt. Weinheim: Beltz Verlag.

von Hofacker, N., Papoušek, M., Wurmser, H.: Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H: Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen, S. 171–199.

Ward, J.M., Lee, S.S., Lipper, E.G. (2000): Failure-to-thrive is associated with disorganized infant-mother attachment and unresolved maternal attachment. Inf Ment Health 21, 428–442.

Wilkie, G.L., Deligiannidis, K.M. (2014): Effects of Perinatal Depression and Anxiety on Labor and Delivery Outcomes. Obstet Gynecol 123, 82S.

Wood, N.S. (2003): The EPICure study: growth and associated problems in children born at 25 weeks of gestational age or less. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 88, 492F.

Wurmser H., Papoušek, M.: Zahlen und Fakten zu frühkindlichen Regulationsstörungen: Datenbasis aus der Münchener Spezialambulanz. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H: Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen, S. 49–76. Bern: Huber.

ZERO TO THREE (2005): Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (rev.). Washington DC: Author.

12. Anhang

JUSTUS-LIEBIG UNIVERSITÄT GIESSEN

FACHBEREICH 11 MEDIZIN

Ethik-Kommission, Gaffkystr. 11c, D-35385 Gießen

Prof. Dr. B. Brosig
Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Familien- und Kinderpsychosomatik
Feulgenstr. 12
35385 Gießen

ETHIK-KOMMISSION
am Fachbereich Medizin
Vorsitz: Prof. H. Tillmanns

Gaffkystr. 11c
D-35385 Gießen
Tel.: (0641)99-42470 / 47660
ethik.kommission@pharma.med.uni-giessen.de

Gießen, 26. April 2012
Dr. Kr./erb

AZ.: **39/12**

Titel: *Psychosoziale Faktoren bei sehr kleinen Frühgeborenen mit Essstörung - eine quantitativ-qualitative Studie.*

Sitzung am 08.03.2012

Sehr geehrte(r) Antragsteller/Antragstellerin, Liebe Herr Brosig,

wir bedanken uns für die Vorstellung Ihres Forschungsprojektes. Im Folgenden erhalten Sie das Votum der Gießener Ethik-Kommission zur oben genannten Studie:

Es handelt sich um eine Erstbegutachtung für den Leiter der Klinischen Prüfung (LKP) ☒
Es handelt sich um eine Anschlussbegutachtung ☐

Eingesandte Unterlagen:

☒ Formalisierter Antrag
☒ Ausführliche Darstellung des Vorhabens (Studienplan, Begründung)
☒ Probandeninformation und Einwilligungserklärung
☒ Abteilungsleiterhaftpflicht

Der Antrag wurde unter ethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und rechtlichen Gesichtspunkten geprüft. Soweit betreffend, wurde **das auf Seite 2 wiedergegebene Protokoll** unter Berücksichtigung des Good Clinical Practice for Trials on Medicinal Products in the European Community (ICH-GCP) erstellt. Es bezieht sich auf die vorgelegte Fassung des Antrags.

Forderungen der Ethik-Kommission, soweit darin aufgeführt, wurden inzwischen erfüllt. ☐
Sie stimmt dem Vorhaben zu. ☒
Sie stimmt dem Vorhaben unter Auflagen zu (siehe S. 2). ☒
Sie stimmt dem Vorhaben nicht zu (siehe S. 2). ☐

Die Ethik-Kommission erwartet, dass ihr bis 31.12.14 ohne Aufforderung ein kurzer Bericht auf beigefügtem (roten) Formblatt übermittelt wird. Er soll mitteilen, ob das Ziel der Studie erreicht wurde, ob ethische, medizinisch-wissenschaftliche oder rechtliche Probleme aufgetreten sind, und ob das Ergebnis publiziert ist/wird. Unabhängig davon ist die Ethik-Kommission über alle Änderungen des Prüfplans zu unterrichten. Ihr sind alle schweren unerwünschten Wirkungen mitzuteilen, soweit sie im Bereich der Zuständigkeit dieser Ethik-Kommission aufgetreten sind. Bei überregionalen Studien sind sie auch dem LKP mitzuteilen.
Die ärztliche und juristische Verantwortung des Leiters der klinischen Prüfung und der an der Prüfung teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethik-Kommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Prüfstelle: **Prof. Dr. med. B. Brosig,** Kinder- und Familienpsychosomatik, Abt. Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie, Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Standort Gießen
Prüfarzt: Prof. Dr. med. Burkhard Brosig

Psychosoziale Faktoren bei sehr kleinen Frühgeborenen mit Essstörungen – eine quantitativ-qualitative Studie

Sehr geehrte Probandin, sehr geehrter Proband,

wir möchten Sie fragen, ob Sie bereit sind, an der nachfolgend beschriebenen wissenschaftlichen Studie teilzunehmen.

Wissenschaftliche Studien sind notwendig, um Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Verträglichkeit von medizinischen Behandlungsmethoden zu gewinnen oder zu erweitern. Die wissenschaftliche Studie, die wir Ihnen hier vorstellen, wurde von der zuständigen Ethikkommission zustimmend bewertet. Diese wissenschaftliche Prüfung wird in Kinderklinik Gießen durchgeführt, es sollen insgesamt ungefähr 100 Personen daran teilnehmen. Die Studie wird veranlasst und organisiert und finanziert durch die Kinder- und Familienpsychosomatik am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Gießen und Prof. Dr. med. Brosig, dem Verantwortlichen für diese Studie.

Ihre Teilnahme an dieser wissenschaftlichen Studie ist freiwillig. Sie werden in diese Prüfung also nur dann einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Sofern Sie nicht an der wissenschaftlichen Studie teilnehmen oder später aus ihr ausscheiden möchten, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.

Sie wurden bereits auf die geplante Studie angesprochen. Der nachfolgende Text soll Ihnen die Ziele und den Ablauf erläutern. Anschließend wird ein Prüfarzt das Aufklärungsgespräch mit Ihnen führen. Bitte zögern Sie nicht, alle Punkte anzusprechen, die Ihnen unklar sind. Sie werden danach ausreichend Bedenkzeit erhalten, um über Ihre Teilnahme zu entscheiden.

1. Warum wird diese Studie durchgeführt?

Bislang hat man bei 25% aller Frühgeborenen, die sich im Alter ab 6 Monaten in der neonatologischen Sprechstunde vorgestellt haben eine Essstörung festgestellt.
Von der Durchführung der vorgesehenen wissenschaftlichen Prüfung erhoffen wir uns nähere Aufklärung, welche psychosozialen und Stressfaktoren eine Essstörung begünstigen. Nur durch diese rechtzeitige Feststellung von Risikofaktoren können in der Zukunft Essstörung bei sehr kleinen Frühgeborenen vielleicht schon vor ihrer Entstehung gebessert oder sogar verhindert werden.
Die Essstörung eines Kindes stellt für die Bezugspersonen eine besondere Belastung dar. Auf Wunsch vermitteln wir ihnen eine Beratung durch Selbsthilfegruppen („Frühchenverein") oder durch Therapie im Rahmen der Familienpsychosomatik an.

2. Wie ist der Ablauf der Studie und was muss ich bei Teilnahme beachten?

Die Aufnahme in diese wissenschaftliche Studie erfolgt *parallel* zur umfassenden, für Sie als Standard bereitgestellten ärztlichen Betreuung in der neonatologischen

Sprechstunde. Es werden *keine zusätzlichen medizinischen Maßnahmen* im Rahmen der Studie notwendig.

Bei Teilnahme an der Studie müssen Sie vor jeder Untersuchung einen Fragebogen zur Feststellung einer Essstörung und eine Psychometrie ausfüllen. Ein anamnestischer Fragebogen gehört nur vor der ersten Untersuchung zur Psychometrie.

Gesamtdauer der Teilnahme: Von der Erstvorstellung bis zum letzten Termin in der Neonatologischen Sprechstunde (i.d.R. insgesamt zwei Jahre)

Weitere Termine in der Klinik entstehen nur, wenn sie ein weiteres Beratungsangebot in der Familienpsychosomatik wahrnehmen möchten.

Die Untersuchungen finden im Rahmen der Neonatologischen Sprechstunde statt und belaufen sich in der Regel auf 8 Untersuchungen in zwei Jahren.

Um eine möglichst genau Erkenntnis darüber zu erhalten, inwiefern psychosoziale Faktoren an einer Essstörung beteiligt sind, ist es wichtig, dass sie an der Studie bis zum 2. Lebensjahr ihres Kindes teilnehmen. Dies geschieht im Rahmen der Vorstellungstermine in der Neonatologischen Sprechstunde.

Nachbeobachtungen und Weiterbehandlungen im Rahmen der Ambulanz der Familienpsychosomatik finden nur auf ihren ausdrücklichen Wunsch statt.

3. Welchen persönlichen Nutzen habe ich von der Teilnahme an der Studie?

Sie werden durch die Teilnahme an dieser Studie keinen direkten persönlichen Gesundheitsnutzen haben. Auf Wunsch werden jedoch die Fragebogen-Ergebnisse nach Abschluss der Datenerhebung rückgemeldet. Die Ergebnisse der Studie können aber möglicherweise dazu beitragen, die Behandlung von Essstörungen bei sehr kleinen Frühgeborenen zukünftig zu verbessern/besser beurteilen zu können.

4. Welche Risiken sind mit der Teilnahme an der Studie verbunden?

Es entstehen keine Risiken durch die Teilnahme an der Studie.

5. Wer darf an dieser wissenschaftlichen Studie nicht teilnehmen?

Alle Eltern, die mit ihren Kindern die Neonatologische Sprechstunde wahrnehmen, dürfen an der Studie teilnehmen.

6. Entstehen für mich Kosten durch die Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie? Erhalte ich eine Aufwandsentschädigung?

Durch Ihre Teilnahme an dieser wissenschaftlichen Studie entstehen für Sie keine Kosten.

7. Bin ich während der wissenschaftlichen Prüfung versichert?

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie auf dem Weg von und zur Neonatologischen Sprechstunde nicht unfallversichert sind. Es besteht keine Wegeunfallunversicherung.

8. Werden mir neue Erkenntnisse während der wissenschaftlichen Studie mitgeteilt?

Sie werden über neue Erkenntnisse, die in Bezug auf diese wissenschaftliche Studie bekannt werden und die für Ihre Bereitschaft zur weiteren Teilnahme wesentlich sein können, informiert. Auf dieser Basis können Sie dann Ihre Entscheidung zur weiteren Teilnahme an dieser wissenschaftlichen Prüfung überdenken.

9. Wer entscheidet, ob ich aus der wissenschaftlichen Studie ausscheide?

Sie können jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahme beenden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Unter gewissen Umständen ist es aber auch möglich, dass der Prüfarzt oder der für die Studie Verantwortliche entscheidet, Ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Prüfung vorzeitig zu beenden, ohne dass Sie auf die Entscheidung Einfluss haben. Die Gründe hierfür können z.B. sein:

- ihre weitere Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie ist ärztlich nicht mehr vertretbar;
- es wird die gesamte wissenschaftliche Studie abgebrochen.

Sofern Sie sich dazu entschließen, vorzeitig aus der wissenschaftlichen Studie auszuscheiden, oder Ihre Teilnahme aus einem anderen der genannten Gründe vorzeitig beendet wird, sind keine weiteren Maßnahmen notwendig, da es sich um eine reine Fragebogenstudie handelt.

10. Was geschieht mit meinen Daten?

Während der wissenschaftlichen Studie werden medizinische Befunde und persönliche Informationen von Ihnen erhoben und in der Prüfstelle in Ihrer persönlichen Akte niedergeschrieben oder elektronisch gespeichert. Die für die wissenschaftliche Studie wichtigen Daten werden zusätzlich in pseudonymisierter Form gespeichert, ausgewertet und gegebenenfalls weitergegeben. Pseudonymisiert bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, sondern nur ein Nummern- und/oder Buchstabencode, evtl. mit Angabe des Geburtsjahres.

Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Eine Entschlüsselung erfolgt nur unter den vom Gesetz vorgeschriebenen Voraussetzungen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Einwilligungserklärung, die im Anschluss an diese Probandeninformation abgedruckt ist.

11. Was geschieht mit meinen Blutproben / Gewebeproben / Aufnahmen mit bildgebenden Verfahren *(an die jeweilige Studie anpassen)*?

Diese werden zur Teilnahme an der Studie nicht entnommen bzw. benötigt.

12. An wen wende ich mich bei weiteren Fragen?

Beratungsgespräche an der Prüfstelle

Sie haben stets die Gelegenheit zu weiteren Beratungsgesprächen mit dem auf Seite 1 genannten oder einem anderen Prüfarzt.

Prüfstelle: **Prof. Dr. med. B. Brosig,** Kinder- und Familienpsychosomatik, Abt. Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie, Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Standort Gießen
Prüfarzt: Prof. Dr. med. Burkhard Brosig

Psychosoziale Faktoren bei sehr kleinen Frühgeborenen – eine quantitativ-qualitative Studie
deutsch, inklusive Prüfplancode

Einwilligungserklärung

.....
Name des Probanden in Druckbuchstaben

geb. am ..... Teilnehmer-Nr. .....

Ich bin in einem persönlichen Gespräch durch den Prüfarzt

Prof. Brosig
.....
Name der Ärztin/des Arztes

ausführlich und verständlich über die zu prüfende Behandlungsmethode und die Vergleichsmethode sowie über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der wissenschaftlichen Studie aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Probandeninformation sowie die hier nachfolgend abgedruckte Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, mit dem Prüfarzt über die Durchführung der wissenschaftlichen Prüfung zu sprechen. Alle meine Fragen wurden zufrieden stellend beantwortet.

Möglichkeit zur Dokumentation zusätzlicher Fragen seitens des Probanden oder sonstiger Aspekte des Aufklärungsgesprächs:

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Prüfung zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir irgendwelche Nachteile entstehen.

Datenschutz:

Mir ist bekannt, dass bei dieser wissenschaftlichen Prüfung personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der wissenschaftlichen Prüfung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der wissenschaftlichen Prüfung teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser wissenschaftlichen Studie personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern in der Kinderklinik, Standort Gießen aufgezeichnet werden. Soweit erforderlich, dürfen die erhobenen Daten pseudonymisiert (verschlüsselt) weitergegeben werden an die Abteilung Kinder- und Familienpsychosomatik, Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie, Standort Gießen , den Verantwortlichen oder eine von diesem beauftragte Stelle zum Zwecke

   der wissenschaftlichen Auswertung.

2. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Beauftragte des Verantwortlichen sowie die zuständigen Überwachungsbehörden in meine beim Prüfarzt vorhandenen personenbezogenen Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten, Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Prüfarzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

3. Ich bin bereits darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit die Teilnahme an der wissenschaftlichen Prüfung beenden kann. Im Fall eines solchen Widerrufs meiner Einwilligung, an der Studie teilzunehmen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die bis zu diesem Zeitpunkt gespeicherten Daten weiterhin verwendet werden dürfen, soweit dies erforderlich ist, um sicherzustellen, dass meine schutzwürdigen Interessen nicht beeinträchtigt werden. Falls ich meine Einwilligung, an der Studie teilzunehmen, widerrufe, müssen alle Stellen, die meine personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, gespeichert haben, unverzüglich prüfen, inwieweit die gespeicherten Daten zu dem vorgenannten Zweck noch erforderlich sind. Nicht mehr benötigte Daten sind unverzüglich zu löschen.

4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen *(vertraglich vereinbarte Fristen müssen hier genannt werden)*.

6. Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt

   .....
   Name

   über meine Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie informiert wird (falls nicht gewünscht, bitte streichen).

Ich erkläre mich bereit,
an der oben genannten wissenschaftlichen Studie
freiwillig teilzunehmen.

Ein Exemplar der Probanden-Information und -Einwilligung habe ich erhalten. Ein Exemplar verbleibt im Prüfzentrum.

.....
Name des Probanden in Druckbuchstaben

....
Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Probanden eingeholt.

.....
Name des Prüfarztes/der Prüfärztin in Druckbuchstaben

....
Datum Unterschrift des aufklärenden **Prüfarztes/der Prüfärztin**

Psychosomatische Sprechstunde für Kinder und Jugendliche

Unterlagen für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern (bis 5 Jahre)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragebögen bezüglich der Situation Ihres Kindes

Code Nr.: _____ (nicht von den Eltern auszufüllen)

Eltern-Fragebogen (Säuglinge und Kleinkinder)

Das Kind:

.....

Name Vorname geb. am Alter bei der Erstvorstellung

Geschlecht:
männl. * ( ) weibl. * ( ) *Zutreffendes bitte ankreuzen

.....

Geburtsort Staatsangehörigkeit

Kind lebt bei:	Eltern	( )
	Mutter	( )
	Vater	( )
	Mutter und Vater im Wechsel	( )
	Mutter und Partner	( )
	Vater und Partnerin	( )
	Adoptiveltern	( )
	Pflegeeltern	( )
	sonstigen	( )

Die Hauptbezugspersonen des Kindes:

		MUTTER (ggf. Lebenspartnerin)	VATER (ggf. Lebenspartner)
Name, Vorname		.....	.....
geb. am		.....	.....
Geburtsort		.....	.....
Staatsangehörigkeit		.....	.....
Familienstand:	ledig	( )	( )
	verheiratet	( )	( )
	getrennt lebend	( )	( )
	geschieden	( )	( )
	verwitwet	( )	( )
	wiederverheiratet	( )	( )
Schulabschluss:	kein Abschluss	( )	( )
	Sonderschulabschluss	( )	( )
	Hauptschulabschluss	( )	( )
	Erweiterter Hauptschulabschluss/ Mittlere Reife	( )	( )
	Fachabitur/ Hochschulreife	( )	( )

Zur Berufsausbildung:

	MUTTER	VATER
keine abgeschlossene Ausbildung	( )	( )
Lehre oder vergleichbare Ausbildung	( )	( )
Meister / Techniker / Fachschulabschluss	( )	( )
Graduierung an Ingenieur- / Fachhoch-schule	( )	( )
Hochschulabschluss	( )	( )
erlernter Beruf	.....	.....
derzeit ausgeübter Beruf	.....	.....

Zur Erwerbstätigkeit / Beschäftigung:

	MUTTER	VATER
arbeitslos	( )	( )
Auszubildene(r) / in Umschulung	( )	( )
Wehr- / Zivildienstleistender / Soziales Jahr	( )	( )
Student (in)	( )	( )
Hausfrau / Hausmann	( )	( )
- erwerbstätig bis wann?	.....	.....
Arbeiter (in)	( )	( )
Facharbeiter (in)	( )	( )
Angestellte(r) / Beamtin (er)	( )	( )
Akademisch Selbstständige(r) / Unternehmer(in)	( )	( )
Landwirt(in) / Selbständige(r) Handwerker	( )	( )
Rentner(in)	( )	( )
Bei Erwerbstätigkeit:		
- Vollzeit	( )	( )
- Teilzeit	( )	( )
- Mehrschichtsystem	( )	( )
Trennung von der Familie durch auswärtigen Arbeitsplatz		
- Wie lange?	.....	.....
Sonstige	.....	.....

Die Wohnverhältnisse der Familie:

		MUTTER	VATER
Wohnen Sie	mit Kind(ern) und (Ehe-)partner	( )	( )
	alleine mit Kind(ern)	( )	( )
	mit Kind(ern) und Großeltern	( )	( )
	mit Kind(ern) und Freunden / Bekannten	( )	( )

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? .....

Wohnen noch Verwandte oder andere Personen mit im Haushalt? ja ( ) nein ( )

welche?.....

ca. Größe Ihrer Wohnung in qm: ..... Steht dem Kind ein eigenes Zimmer zur Verfügung? ja ( ) nein ( )

Wann erfolgte zuletzt ein Wohnungs-, Ortswechsel? .....

Die Erkrankungen in der Familie des vorgestellten Kindes:

	MUTTER	VATER	ANGEHÖRIGE (z.B. Großeltern des Kindes)
körperliche (welche?)	.....	.....	.....
seelische (welche?)	.....	.....	.....
wichtige Operationen	.....	.....	.....
schwere Unfälle	.....	.....	.....

Leiden Familienangehörige unter chronischen Erkrankungen? ja ( ) nein ( )

Wenn ja, welche? .....

Art der Erkrankung? .....

Hatten Sie schwere Erkrankungen bis zu Ihrem 18. Lebensjahr?

Mutter: ja ( ), welche? ..... nein ( )

Vater: ja ( ), welche? ..... nein ( )

Fragen zu Ihrer Herkunftsfamilie:

	MUTTER:	VATER:
Haben Sie Geschwister?	ja ( ) nein ( ) wie viele?	ja ( ) nein ( ) wie viele? .....
In welchem Land sind Sie aufgewachsen:	.....	.....
Bei wem sind Sie bis zum 18. Lebensjahr aufgewachsen?	**Lebensjahr:**	**Lebensjahr:**
Eltern	( ) von ..... bis	( ) von ..... bis .....
Mutter	( ) von ..... bis	( ) von ..... bis .....
Vater	( ) von ..... bis	( ) von ..... bis .....
Mutter/Stiefvater	( ) von ..... bis	( ) von ..... bis .....
Vater/Stiefmutter	( ) von ..... bis	( ) von ..... bis .....
Großeltern / Verwandte	( ) von ..... bis	( ) von ..... bis .....
Adoptiv- / Pflegeeltern	( ) von ..... bis	( ) von ..... bis .....
Heim	( ) von ..... bis	( ) von ..... bis .....
Sonstige	( ) von ..... bis	( ) von ..... bis .....
Lebten Ihre Eltern zusammen?	ja ( ) nein ( )	ja ( ) nein ( )
getrennt?	ja ( ) nein ( )	ja ( ) nein ( )
Waren Ihre Mutter / Ihr Vater ernstlich/chronisch krank?	ja ( ) nein ( )	ja ( ) nein ( )
Ist Ihre Mutter gestorben? Ursache:.....	ja , wann?..... nein ( )	ja , wann?..... nein ( )
Ist Ihr Vater gestorben? Ursache:.....	ja , wann?..... nein ( )	ja , wann?..... nein ( )
Sind Geschwister gestorben? Ursache:.....	ja , wann?..... nein ( )	ja , wann?..... nein ( )

Wer waren für Sie die wichtigsten Bezugspersonen: .....

Die Geschwister des vorgestellten Kindes:

(bitte in der Reihenfolge der Geburten angeben)

Name, Vorname	Geschlecht (m / w)	Geburtsjahr	Gemeinsamer Vater	Gemeinsame Mutter	Gemeinsamer Wohnsitz	Anderer Wohnsitz	adoptiert
.....	.....	.....	( )	( )	( )	( )	( )
.....	.....	.....	( )	( )	( )	( )	( )
.....	.....	.....	( )	( )	( )	( )	( )
.....	.....	.....	( )	( )	( )	( )	( )
.....	.....	.....	( )	( )	( )	( )	( )

Vorangegangene Schwangerschaften und Geburten

Bestand vor der Schwangerschaft eine längere ungewollte Unfruchtbarkeit?

Ja, wie lange?..... nein ( )

War ein Kind ein Frühgeborenes ? ja ( ) nein ( )

.....Geburt in welcher Schwangerschaftswoche? .....

Zur Schwangerschaft:

War die Schwangerschaft geplant? ja ( ) nein ( )

Bestanden **während der Schwangerschaft** Belastungen oder Komplikationen?

seelische Belastungen? ja ( ) nein ( )

Welche? .....

soziale Belastungen? ja ( ) nein ( )

Welche? .....

medizinische Komplikationen?
(z.B. übermäßige Übelkeit, Erbrechen, Blutungen, behandlungsbedürftige Wehen etc.)

ja ( ) nein ( )

Welche? .....

Mussten Sie im Krankenhaus behandelt werden? ja ( ), wie lange?..... nein ( )

Besonderheiten:

Die Geburt:

Wurde das Kind in dem errechneten Zeitraum geboren? ja ( ) nein ( )

Besonderheiten:

War die Geburt eine belastende Erfahrung?

MUTTER:	nein ( )	ja, ein weinig ( )	ja, sehr ( )
VATER:	nein ( )	ja, ein wenig ( )	ja, sehr ( )

Das Neugeborene:

Geburtsgewicht: ..... g

Geburtslänge: ..... cm

Kopfumfang: ..... cm

lag das Kind im Brutkasten? ja ( ) nein ( ) wie lange? .....

Wurde das Kind...
... innerhalb der ersten Lebenswoche in die Kinderklinik verlegt? ja ( ) nein ( ) warum? .....
.....
.....

... beatmet? ja ( ) nein ( ) wie lange? .....

... mit einer Sonde ernährt? ja ( ) nein ( ) wie lange? .....

... wegen einer Gelbsucht behandelt? ja ( ) nein ( )

Die Entwicklung des Kindes:

War Ihr Kind in den ersten 4-6 Wochen besonders ruhig ( ) besonders unruhig ( ) besonders empfindlich ( )

Wurde das Kind gestillt? ja ( ) nein ( ) wie lange? .....

War die Stillzeit eine belastende Erfahrung? ja ( ) nein ( ) warum? .....

Traten Ernährungsstörungen auf (Kind trank schlecht, erbrach etc.)? ja ( ) nein ( ) welche? .....

7

In welchem Alter begann Ihr Kind...

	Alter in Monaten	weiß nicht	Trifft noch nicht zu
... bei Zuwendung zu lächeln	.....	( )	( )
... nach Gegenständen zu greifen	.....	( )	( )
... sich vom Rücken auf den Bauch zu drehen	.....	( )	( )
... zu krabbeln	.....	( )	( )
... frei zu sitzen	.....	( )	( )
... sich mit Festhalten hinzustellen	.....	( )	( )
... frei zu laufen	.....	( )	( )
... Angst oder Abwehr vor unbekannten Personen zu zeigen („fremdeln")	.....	( )	( )
... mehrere aneinandergereihte Silben zu sprechen („dadada")	.....	( )	( )
...Silben in einer bestimmten Bedeutung zu verwenden (erste sinnvolle Worte)	.....	( )	( )
... mit dem Löffel zu essen	.....	( )	( )
... feste Nahrung zu kauen	.....	( )	( )
... trotziges Verhalten zu zeigen	.....	( )	( )

Halten Sie Ihr Kind für altersgemäß entwickelt?

	ja	nein	unsicher
-in körperlicher Hinsicht	( )	( )	( )
-in geistiger Hinsicht	( )	( )	( )
-in seinem Beziehungsverhalten	( )	( )	( )

Die Betreuung des Kindes:

Wer versorgt das Kind vorwiegend? .....

Wird das Kind regelmäßig von anderen Personen als Ihnen betreut?
ja ( ) nein ( ) seit dem ..... Lebensmonat

Art der Betreuung:
privat ( ) Tagesmutter ( ) Kinderkrippe ( ) Krabbelstube ( ) Sonstige ( ): .....

Häufigkeit der Betreuung:
1-3 x / Woche ( ) 4-5 x / Woche ( ) Sonstiges ( ) : .....

Dauer der Betreuung:
stundenweise ( ) halbtags ( ) ganztags ( ) Sonstiges ( ) : .....

Gab es einen Wechsel in der Betreuung? ja ( ), wie oft? ....., im .....Lebensmonat nein ( )

Wie zufrieden sind Sie mit der Betreuung?

Gar nicht zufrieden ( ) Weniger zufrieden ( ) Sehr zufrieden ( )

Aktuelle wichtige Lebensereignisse:

Trennung vom Partner/Partnerin	( )
Verlust eines Familienangehörigen	( )
Verlust der Arbeitsstelle	( )
Finanzielle Schwierigkeiten	( )
Plötzlicher Wohnungsverlust	( )
Andere	( )

Grund der Anmeldung:

(Mehrfachnennung möglich):

Häufiges und dauerhaftes Weinen	( )
Ein- und Durchschlafstörungen	( )
Ess- und Fütterprobleme	( )
vermehrte Ängstlichkeit / Trennungsangst / anklammerndes Verhalten	( )
vermehrtes Trotzverhalten /Schreianfälle/aggressives Verhalten	( )
Fragen zur kindlichen Entwicklung	( )
Fragen zum Umgang mit dem Kind	( )
Fragen zur Sauberkeitserziehung	( )
Fragen zur Tagesbetreuung	( )
Sonstige	( )

.....

Wann haben die Schwierigkeiten des Kindes begonnen?

.....

Haben Sie Ihr Kind wegen dieser Probleme schon anderswo vorgestellt?

ja ( ) nein ( )

wann?..... bei wem? .....

Erhält Ihr Kind derzeit eine Behandlung / Therapie (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie etc.)?

ja ( ) nein ( )

welche?..... weswegen? .....

Erhält Ihr Kind Medikamente?

ja ( ) nein ( )

Welche?.....

Dosierung?

.....

War Ihr Kind bisher ernsthaft / häufig erkrankt?

ja ( ) nein ( )

- Art der Erkrankung: .....
- Häufigkeit der Erkrankung: .....
- Dauer der Erkrankung: .....
- Alter des Kindes in Monaten bei der Erkrankung: .....

Bestehen Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

ja ( ) welche? .....

nein ( )

Hatte Ihr Kind Klinikaufenthalte?

ja ( ) weswegen? .....

nein ( )

- Häufigkeit:

einmal ( ) zweimal ( ) drei- und mehrmals ( )

- Dauer in Tagen: .....

Fragebogen ausgefüllt am: .....

Von: Mutter ( ) Vater ( ) anderer Person .....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Zusammengestellt nach den Vorlagen der Anamnestischen Dokumentationsbögen von M. Cierpka, M. Dornes, E. Hédervári-Heller, N. von Hofacker, M. Papoušek, C. Thiel-Bonney, H. von Voss

Fragebogen zum Essverhalten Ihres Kindes

(Grass et al. 2009 Entwicklung von Essstörungen bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500g im Alter zwischen 1 und 7 Jahren – Eine retro- und prospektive Studie)

1. Sind bis heute bei Ihrem Kind Probleme jeglicher Art bei der Nahrungsaufnahme aufgetreten?
   - ☐ Ja
   - ☐ Nein

   1.1 Bei welcher Nahrungsform sind die Probleme aufgetreten?
   - ☐ Flaschenfütterung
   - ☐ Breinahrung
   - ☐ Feste Nahrung
   - ☐ Bei jeder Nahrungsform
   - ☐ Sonstiges: _____

   1.2 Wann sind die Probleme beim Essen erstmals aufgetreten?
   - ☐ Vor der Entlassung aus der Klinik
   - ☐ Direkt nach der Entlassung
   - ☐ Ab einem Alter von _____

   1.3 Bis zu welchem Lebensalter des Kindes traten/treten diese Probleme auf?
   - ☐ Bis heute
   - ☐ Bis zu einem Altern von: _____

   1.4 Haben Sie diese Probleme als sehr belastend für die Familie empfunden?
   - ☐ Überhaupt nicht
   - ☐ Wenig
   - ☐ Mittelmäßig
   - ☐ Stark
   - ☐ Sehr stark

   1.5 Haben Sie diese Probleme speziell als Mutter als sehr belastend empfunden?
   - ☐ Überhaupt nicht
   - ☐ Wenig
   - ☐ Mittelmäßig
   - ☐ Stark
   - ☐ Sehr stark

2. Wurden/Werden Maßnahmen ergriffen, weil Ihr Kind nicht ausreichend wächst bzw. zunimmt?
   - ☐ Ja
   - ☐ Nein

   2.1 Wenn ja, welche?
   - ☐ Ernährungsberatung/ Umstellung der Ernährung
   - ☐ Med. Untersuchungen
   - ☐ Magensonde
   - ☐ Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
   - ☐ Psychologische Beratung
   - ☐ Sonstiges _____

3. Hat ihr Kind schon einmal Nahrung aspiriert (d.h. Nahrung in die Lunge bekommen)?	☐ Ja, _____mal ☐ Nein
3.1 Wenn ja, ist durch die Aspiration eine Lungenentzündung entstanden?	☐ Ja, _____mal ☐ Nein
4. Wie häufig hat Ihr Kind Mittelohrentzündungen?	☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Häufig ☐ Sehr häufig
5. Wie häufig hat Ihr Kind eine Bronchitis?	☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Häufig ☐ Sehr häufig
6. Gab es schon einmal Blutbeimischungen beim Erbrochenen Ihres Kindes?	☐ Ja, im Alter von_____ ☐ Nein
7. Bis zu welchem Alter nimmt/nahm Ihr Kind den Schnuller?	☐ Nie ☐ Bis zum Alter von _____ ☐ Bis heute
8. Bevorzugt Ihr Kind den Schnuller anstatt der Nahrungsaufnahme oder ist dies früher regelmäßig vorgekommen?	☐ Ja, im Alter von ____ bis ____ ☐ Nein
9. Ändert/Änderte sich das Essverhalten Ihres Kindes in Gesellschaft anderer Erwachsener (z.B. Freunde, Verwandte, Pflegepersonal im Krankenhaus, Erzieherinnen oder Lehrer)?	☐ Ja, im Alter von_____bis____ ☐ Nein
9.1 Wenn ja, auf welche Weise?	☐ Verbesserung ☐ Verschlechterung
10. Ändert/Änderte sich das Essverhalten Ihres Kindes in Gesellschaft anderer Kinder?	☐ Ja, im Alter von____bis____ ☐ Nein
10.1 Wenn ja, auf welche Weise?	☐ Verbesserung ☐ Verschlechterung
11. Trägt Ihr Kind eine Brille?	☐ Ja ☐ Nein
12. Ist bei Ihrem Kind ein Schielen bekannt?	☐ Ja ☐ Nein
13. Ist bei Ihrem Kind ein eingeschränktes Hörvermögen bekannt?	☐ Ja ☐ Nein

14. Haben/Hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Kind nicht (richtig) saugt?
- ☐ Ja, im Alter von_____bis_____
- ☐ Nein

15. Haben/Hatten Sie das Gefühl, dass Ihr nicht (richtig) kaut, d.h. die Nahrung unzerkaut schluckt oder unzerkaut im Mund behält?
- ☐ Ja, im Alter von_____bis_____
- ☐ Nein

16. Gibt es andere Probleme bei Ihrem Kind?
- ☐ Ja
- ☐ Nein

16.1 Wenn ja, welche?
- ☐ Einschlafstörungen
- ☐ Durchschlafstörungen
- ☐ Im Kontakt mit anderen Kindern
- ☐ Rückzug aus dem Kontakt
- ☐ Aggressives Verhalten
- ☐ Depressive Stimmungslage
- ☐ Sonstiges: _____

16.2 Wie schätzen Sie diese Probleme ein?
- ☐ gering
- ☐ mittelmäßig
- ☐ massiv

17. Bitte tragen Sie hier ein, mit welchem Alter Ihr Kind in etwa Folgende „Meilensteine" der Sprachentwicklung erreicht hat:

17.1 Nachahmen von Lauten:
- ☐ bis zum 12. Lebensmonat
- ☐ später- wann etwa_____

17.2 Erste Worte (außer Mama und Papa)
- ☐ bis zum 18. Lebensmonat
- ☐ später- wann etwa_____

17.3 Zweiwortsätze:
- ☐ bis zum 24. Lebensmonat
- ☐ später- wann etwa_____

17.4 Benutzen des eigenen Vornamens:
- ☐ bis zum 36. Lebensmonat
- ☐ später- wann etwa_____

17.5 Benutzen der „ich"-Form:
- ☐ bis zum 45. Lebensmonat
- ☐ später- wann etwa_____

18. Werden die Mahlzeiten zu festen Zeitpunkten am Tag verabreicht?
- ☐ Ja
- ☐ Nein

19. Wie viele Mahlzeiten werden pro Tag verabreicht?

_____

20. Wie lange dauert die Nahrungsaufnahme im Durchschnitt in Minuten?
- ☐ Bis 20 Minuten
- ☐ 20 bis 30 Minuten
- ☐ Länger als 30 Minuten

21. Wie häufig nimmt Ihr Kind weniger Nahrung auf, als vom Bedarf her zu erwarten wäre?
- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Häufig
- ☐ Sehr häufig

22. Wie häufig verweigert Ihr Kind komplette Mahlzeiten?
- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Häufig
- ☐ Sehr häufig

23. Verweigert Ihr Kind regelmäßig bestimmte Nahrungsmittel?
- ☐ Ja
- ☐ Nein

23.1 Wenn ja, welche?
- ☐ Feste Nahrung
- ☐ Flüssige Nahrung
- ☐ Fleisch
- ☐ Gemüse
- ☐ Obst
- ☐ Unterschiedlich
- ☐ Sonstiges: _____
- ☐ Mein Kind isst nichts anderes als: _____ _____ _____

24. Wie häufig erbricht Ihr Kind die Nahrung?
- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Häufig
- ☐ Sehr häufig

24.1 Wann tritt das Erbrechen auf?
- ☐ vor der MZ
- ☐ Während der MZ
- ☐ Nach der MZ
- ☐ Unabhängig von der MZ
- ☐ Nachts

25. Tritt Erbrechen nur bei bestimmten Nahrungsmitteln auf?
☐ Ja
☐ Nein

25.1 Wenn ja, bei welchen? _____

26. Wie häufig verschluckt sich Ihr Kind während der Nahrungsaufnahme?
☐ Nie
☐ Selten
☐ Manchmal
☐ Häufig
☐ Sehr häufig

26.1 Isst es nach dem Verschlucken (problemlos) weiter?
☐ Ja, problemlos
☐ Nur mit Mühen und Stress
☐ Nein

27. Gibt es „Rituale", die Ihr Kind während der Mahlzeiten fordert?
☐ Ja
☐ Nein

27.1 Wenn ja, welche? _____
_____

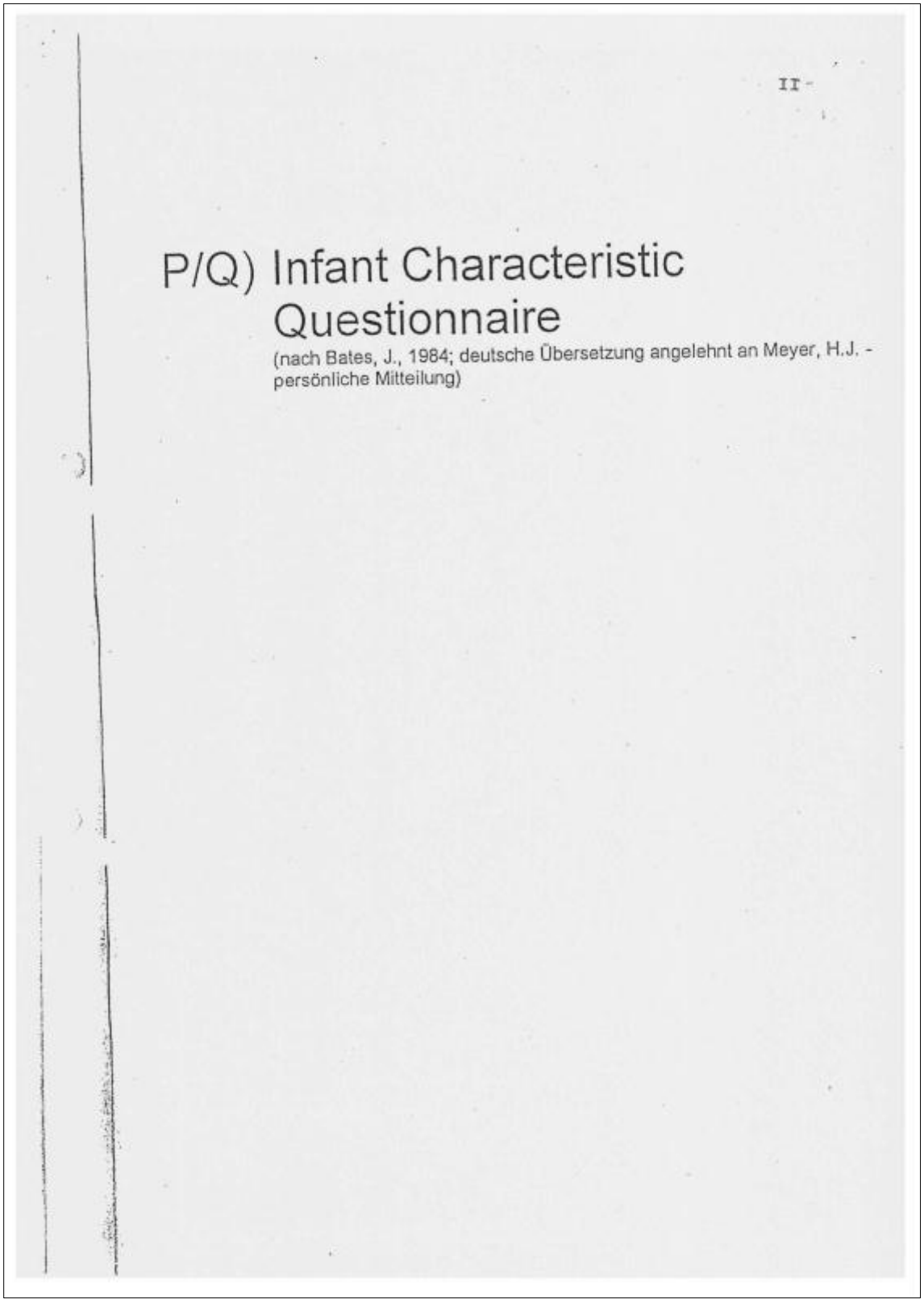
28. Haben Sie das Gefühl, dass ihr Kind sehr wenig trinkt? (Tee, Saft, Wasser, etc.)?
☐ Nie
☐ Selten
☐ Manchmal
☐ Häufig
☐ Sehr häufig

29. Ist das Essverhalten Ihres Kindes sehr wechselhaft? (z.B. an manchen Tagen isst Ihr Kind sehr wenig und an anderen eher viel)
☐ Ja
☐ Nein

Möchten Sie darüber informiert werden, falls sich aus Ihren Angaben die medizinische Notwendigkeit weiterer Untersuchungen ergeben sollte?
☐ Ja
☐ Nein

Wären Sie zu einem Telefoninterview bereit, dass Frau Tamble bei bestehenden Rückfragen mit Ihnen führen würde?
☐ Ja
☐ Nein

Tel-Nr.:_____



II -

P/Q) Infant Characteristic Questionnaire

(nach Bates, J., 1984; deutsche Übersetzung angelehnt an Meyer, H.J. - persönliche Mitteilung)

Code Nr: ..... Datum: (1

H) VERHALTEN

Bitte kreisen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl ein, die für Ihr Kind am typischsten ist. "Durchschnittlich" ist der Wert, den ein nach Ihrer Meinung typisches Baby erhalten würde.

1. Wie leicht oder schwierig ist es für Sie, Ihr Kind zu beruhigen, wenn es aufgebracht ist?

1	2	3	4	5	6	7
sehr leicht			durch-schnittlich			sehr schwierig

2. Wie regelmässig ist der Schlafrhythmus Ihres Kindes?

1	2	3	4	5	6	7
sehr regelmässig; geringe oder keine Schwankungen			etwas unregelmässig			sehr unregelmässig

3. Wie regelmässig sind die Essenszeiten Ihres Kindes?

1	2	3	4	5	6	7
sehr regelmässig; geringe oder keine Schwankungen			etwas unregelmässig			sehr unregelmässig

4. Wie leicht oder schwierig ist es für Sie zu erkennen, was Ihr Kind beunruhigt, wenn es weint oder quengelt?

1	2	3	4	5	6	7
sehr leicht			durch-schnittlich			schwierig

5. Wie oft ist Ihr Kind im Durchschnitt pro Tag mehr oder weniger lang aufgebracht und gereizt?

1	2	3	4	5	6	7
nie	1-2 mal pro Tag	3-4 mal pro Tag	5-6 mal pro Tag	7-9 mal pro Tag	10-14 mal pro Tag	mehr als 15 mal

6. Wie oft weint und quengelt Ihr Kind im allgemeinen?

1	2	3	4	5	6	7
viel weniger als das Durch-schnittskind			durchschnittlich; ungefähr soviel wie das Durch-schnittskind			sehr viel; viel mehr als das Durch-schnittskind

7. Wie reagiert Ihr Kind im allgemeinen, wenn es gebadet wird?

1	2	3	4	5	6	7
reagiert positiv			reagiert in der Hälfte der Fälle freundlich oder ist immer neutral			reagiert negativ oder ängstlich

8. Wie reagierte Ihr Kind auf die erste feste Nahrung?

1	2	3	4	5	6	7
reagierte positiv; mochte es sofort			reagierte neutral			reagierte negativ; mochte es nicht

9. Wie reagiert Ihr Kind im allgemeinen auf eine unbekannte Person?

1	2	3	4	5	6	7
reagiert immer freund-lich			reagiert in der Hälfte der Fälle freundlich oder ist immer neutral			reagiert immer negativ oder ängstlich

10. Wie reagiert Ihr Kind im allgemeinen auf eine unbekannte Umgebung?

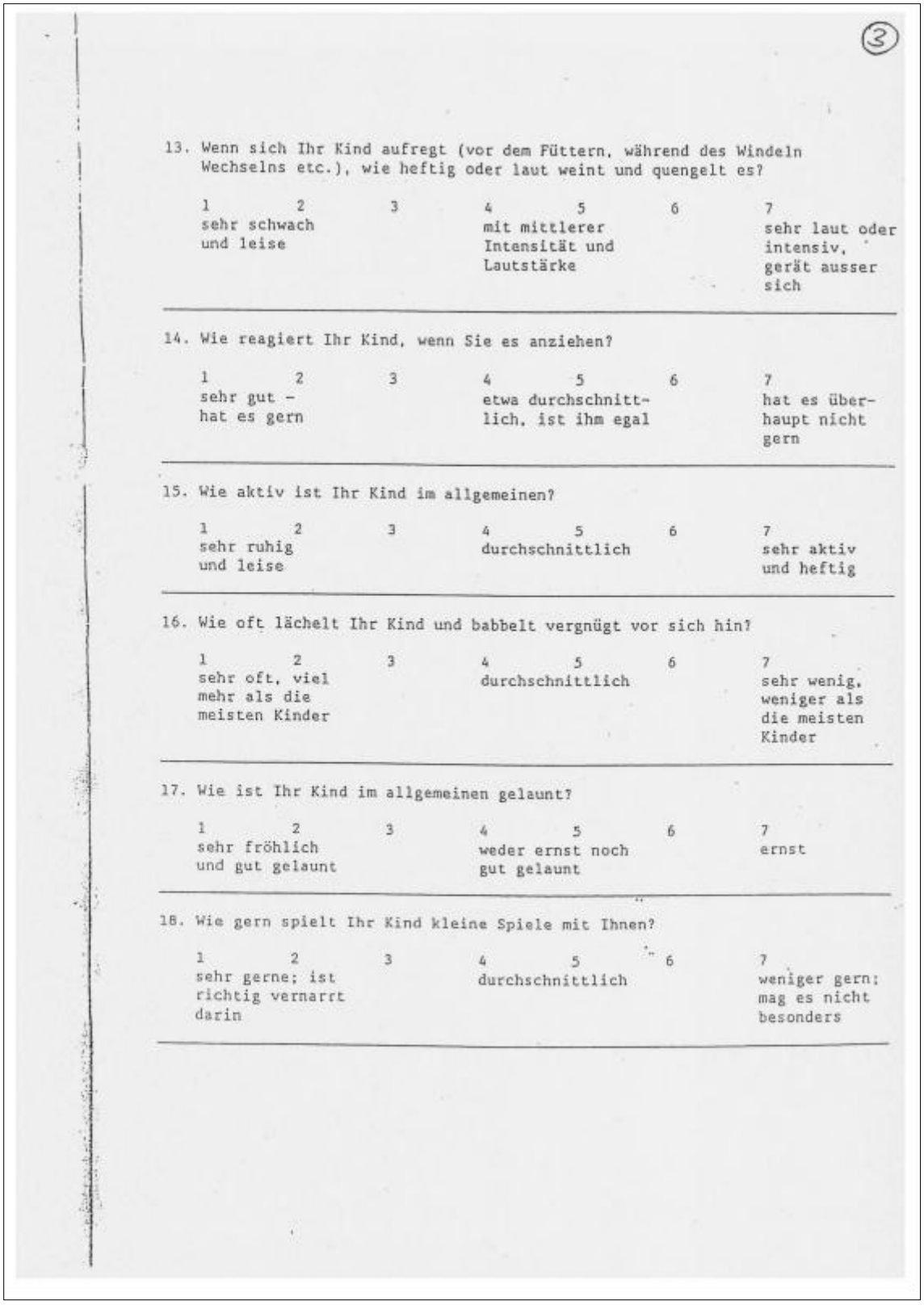
1	2	3	4	5	6	7
reagiert immer freund-lich			reagiert in der Hälfte der Fälle freundlich oder ist immer neutral			reagiert immer negativ oder ängstlich

11. Wie gut passt sich Ihr Kind unbekannten Dingen an (wie den, in Frage 7-10 Beschriebenen)?

1	2	3	4	5	6	7
sehr gut; mag es letztlich immer			mag es in der Hälfte der Fälle			mag es nie

12. Wie leicht lässt sich Ihr Kind aus der Fassung bringen?

1	2	3	4	5	6	7
ist sehr schwer aus der Fassung zu bringen - auch nicht durch Sachen, die die meisten Kinder aus der Fassung bringen			durchschnittlich			sehr leicht aus der Fas-sung zu brin-gen, selbst durch Sachen die andere Kinder nicht bekümmern



③

13. Wenn sich Ihr Kind aufregt (vor dem Füttern, während des Windeln Wechselns etc.), wie heftig oder laut weint und quengelt es?

1	2	3	4	5	6	7
sehr schwach und leise			mit mittlerer Intensität und Lautstärke			sehr laut oder intensiv, gerät ausser sich

14. Wie reagiert Ihr Kind, wenn Sie es anziehen?

1	2	3	4	5	6	7
sehr gut – hat es gern			etwa durchschnittlich, ist ihm egal			hat es überhaupt nicht gern

15. Wie aktiv ist Ihr Kind im allgemeinen?

1	2	3	4	5	6	7
sehr ruhig und leise			durchschnittlich			sehr aktiv und heftig

16. Wie oft lächelt Ihr Kind und babbelt vergnügt vor sich hin?

1	2	3	4	5	6	7
sehr oft, viel mehr als die meisten Kinder			durchschnittlich			sehr wenig, weniger als die meisten Kinder

17. Wie ist Ihr Kind im allgemeinen gelaunt?

1	2	3	4	5	6	7
sehr fröhlich und gut gelaunt			weder ernst noch gut gelaunt			ernst

18. Wie gern spielt Ihr Kind kleine Spiele mit Ihnen?

1	2	3	4	5	6	7
sehr gerne; ist richtig vernarrt darin			durchschnittlich			weniger gern; mag es nicht besonders

(4)

19. Wie sehr liebt es Ihr Kind, gehalten zu werden?

1	2	3	4	5	6	7
mag es die meiste Zeit nicht gerne, gehalten zu werden			manchmal will es gehalten werden, manchmal nicht			sehr gerne, fast die ganze Zeit

20. Wie reagiert Ihr Kind auf Unterbrechungen und Änderungen im Tagesablauf, z.B. wenn Sie auf eine Veranstaltung gehen oder einen Ausflug machen?

1	2	3	4	5	6	7
sehr freundlich; regt sich nicht auf			durchschnittlich			sehr unfreundlich; regt sich sehr auf

21. Wie leicht ist es für Sie, vorauszusagen, wann Ihr Kind einen Wechsel der Windel braucht?

1	2	3	4	5	6	7
sehr leicht			durchschnittlich			sehr schwer

22. Wie oft wechselt die Stimmung Ihres Kindes?

1	2	3	4	5	6	7
wechselt selten und dann langsam			durchschnittlich			wechselt oft und schnell

23. Wie erregt wird Ihr Kind, wenn Leute mit ihm spielen oder reden?

1	2	3	4	5	6	7
sehr erregt			durchschnittlich			überhaupt nicht erregt

24. Was glauben Sie, wie "schwierig" Ihr Kind für eine(n) andere(n) Mutter/Vater wäre?

1	2	3	4	5	6	7
sehr leicht			normal, einige Probleme			sehr schwierig mit ihm auszukommen

25. Wie "schwierig" ist Ihr Kind im allgemeinen für Sie selbst?

1	2	3	4	5	6	7
sehr leicht			normal, einige Probleme			sehr schwierig mit ihm auszukommen

HADS-D

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Code-Nummer: _____

Datum: _____

Sehr geehrte Eltern,

Ihr Kind wird von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Im vorliegenden Fragebogen bitten wir Sie um einige persönliche Angaben bezüglich Ihrer eigenen Situation. Die Fragen beziehen sich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutraf. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt
- ☐ meistens
- ☐ oft
- ☐ von Zeit zu Zeit/gelegentlich
- ☐ überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher
- ☐ ganz genau so
- ☐ nicht ganz so sehr
- ☐ nur noch ein wenig
- ☐ kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte
- ☐ ja, sehr stark
- ☐ ja, aber nicht allzu stark
- ☐ etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- ☐ überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen
- ☐ ja, so viel wie immer
- ☐ nicht mehr ganz so viel
- ☐ inzwischen viel weniger
- ☐ überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf
- ☐ einen Großteil der Zeit
- ☐ verhältnismäßig oft
- ☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- ☐ nur gelegentlich/nie

Ich fühle mich glücklich
- ☐ überhaupt nicht
- ☐ selten
- ☐ manchmal
- ☐ meistens

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen
- ☐ ja, natürlich
- ☐ gewöhnlich schon
- ☐ nicht oft
- ☐ überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst
- ☐ fast immer
- ☐ sehr oft
- ☐ manchmal
- ☐ überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend
- ☐ überhaupt nicht
- ☐ gelegentlich
- ☐ ziemlich oft
- ☐ sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren
- ☐ ja, stimmt genau
- ☐ ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- ☐ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ☐ ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein
- ☐ ja, tatsächlich sehr
- ☐ ziemlich
- ☐ nicht sehr
- ☐ überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft
- ☐ ja, sehr
- ☐ eher weniger als früher
- ☐ viel weniger als früher
- ☐ kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand
- ☐ ja, tatsächlich sehr oft
- ☐ ziemlich oft
- ☐ nicht sehr oft
- ☐ überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ eher selten
- ☐ sehr selten

© für die dt. Version Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern 1995/2007
© für die englische Originalausgabe NFER Nelson, Windsor 1994

HUBER Bestellnummer 03 069 03

TAS-26

Im Folgenden geht es um den Umgang mit Gefühlen. Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht zutreffen. Kreuzen Sie bitte *diejenige Antwort* an, die am besten auf Sie persönlich zutrifft (1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft teilweise zu/teilweise nicht zu, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft völlig zu).

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
1 Wenn ich weine, weiß ich immer warum.	1	2	3	4	5
2 Tagträumen ist Zeitverschwendung.	1	2	3	4	5
3 Ich wünschte, ich wäre nicht so schüchtern.	1	2	3	4	5
4 Mir ist oft unklar, was ich gerade fühle.	1	2	3	4	5
5 Ich habe oft Tagträume über die Zukunft.	1	2	3	4	5
6 Ich glaube, ich kann genauso leicht wie andere Freundschaften schließen.	1	2	3	4	5
7 Es ist wichtiger, Lösungen für Probleme zu kennen, als zu wissen, wie die Lösungen entstanden sind.	1	2	3	4	5
8 Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.	1	2	3	4	5
9 Ich teile anderen Menschen gerne meinen Standpunkt zu Dingen mit.	1	2	3	4	5
10 Ich habe körperliche Empfindungen, die selbst Ärzte nicht verstehen.	1	2	3	4	5
11 Es reicht mir nicht, daß etwas funktioniert, ohne zu wissen, warum und wie es funktioniert.	1	2	3	4	5
12 Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben.	1	2	3	4	5
13 Ich analysiere Probleme lieber, als sie nur zu schildern.	1	2	3	4	5
14 Wenn ich aufgeregt bin, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	1	2	3	4	5

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
15 Ich nutze sehr viel meine Vorstellungskraft.	1	2	3	4	5
16 Ich verbringe viel Zeit mit Tagträumen, wenn ich nichts zu tun habe.	1	2	3	4	5
17 Ich bin oft verwirrt über meine körperlichen Empfindungen.	1	2	3	4	5
18 Ich habe selten Tagträume.	1	2	3	4	5
19 Ich ziehe es vor, Dinge geschehen zu lassen, als verstehen zu wollen, warum sie gerade passieren.	1	2	3	4	5
20 Ich habe Gefühle, die ich nicht richtig verstehen kann.	1	2	3	4	5
21 Gefühle verstehen zu können ist wesentlich.	1	2	3	4	5
22 Ich finde es schwierig zu beschreiben, wie ich anderen gegenüber fühle.	1	2	3	4	5
23 Andere sagen, ich soll meine Gefühle mehr zeigen.	1	2	3	4	5
24 Man sollte nach den genaueren Erklärungen suchen.	1	2	3	4	5
25 Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	1	2	3	4	5
26 Ich erkenne oft nicht, wann ich wütend bin.	1	2	3	4	5

Wir benötigen von Ihnen noch folgende Angaben:

Name / Code-Nr.: .....

Welchen Schulabschluß haben Sie?
( ) keinen
( ) Hauptschule
( ) Mittlere Reife / POS
( ) Abitur

Geschlecht ( ) männlich ( ) weiblich

Wie alt sind Sie? ..... Jahre

Name bzw.
Kenn-Nummer: _____ Datum: _____

FB-Allgemeiner Familienbogen

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:

- ☐ Mutter/(Ehe)Partnerin
- ☐ Vater/(Ehe)Partner
- ☐ Tochter
- ☐ Sohn
- ☐ _____ Geburtsjahr: _____

Anweisungen:

Auf den folgenden Seiten finden Sie 40 Aussagen über Ihre Familie. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie gut die Aussage Ihre Familie beschreibt. Bitte kreuzen Sie die für Sie am ehesten zutreffende Einschätzung in den **entsprechenden Kästchen** neben der Aussage an.

Bitte kreuzen Sie **nur ein** Kästchen (Einschätzung) für jede Aussage an. Beantworten Sie jede Aussage, selbst wenn Sie sich Ihrer Einschätzung nicht völlig sicher sind.

Tragen Sie bitte Ihre Stellung in der Familie und Ihr Geburtsjahr in die obigen Zeilen des Bogens ein.

© by Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigung gewerblicher Art, auch einzelner Teile oder Items, sowie die Speicherung auf Datenträgern oder die Wiedergabe durch optische oder akustische Medien, verboten.
Best.-Nr. 01 3305

		stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
1.	Wenn bei uns in der Familie Probleme aufkommen, suchen wir gemeinsam nach neuen Lösungswegen.	☐	☐	☐	☐
2.	Die Familienpflichten sind gerecht verteilt.	☐	☐	☐	☐
3.	Wenn ich jemanden in der Familie bitte, zu erklären, was er meint, bekomme ich offene und direkte Antworten.	☐	☐	☐	☐
4.	Wir teilen uns gegenseitig mit, wie es uns wirklich geht.	☐	☐	☐	☐
5.	Ich kann mir nicht vorstellen, daß irgendeine Familie besser klarkommt als unsere.	☐	☐	☐	☐
6.	In unserer Familie hat man es schwer, seinen eigenen Weg zu verfolgen.	☐	☐	☐	☐
7.	Wenn ich frage, warum wir bestimmte Regeln haben, bekomme ich keine befriedigende Antwort.	☐	☐	☐	☐
8.	Wir haben die gleichen Ansichten darüber, was richtig und falsch ist.	☐	☐	☐	☐
9.	Meine Familie könnte glücklicher sein, als sie tatsächlich ist.	☐	☐	☐	☐
10.	Manchmal sind wir ungerecht zueinander.	☐	☐	☐	☐
11.	Wir versuchen, Schwierigkeiten gleich zu lösen und nicht auf die lange Bank zu schieben.	☐	☐	☐	☐
12.	Wir stimmen darin überein, wer was in unserer Familie tun sollte.	☐	☐	☐	☐
13.	Ich weiß nie, was in unserer Familie los ist.	☐	☐	☐	☐
14.	In unserer Familie wissen wir gewöhnlich, wenn sich jemand aufgeregt hat.	☐	☐	☐	☐
15.	Ich glaube nicht, daß irgendeine Familie glücklicher als meine sein könnte.	☐	☐	☐	☐

		stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
16.	Wir sind eng miteinander verbunden.	☐	☐	☐	☐
17.	Wenn man etwas falsch macht in unserer Familie, weiß man nicht, was man zu erwarten hat.	☐	☐	☐	☐
18.	In unserer Familie kann jeder seinen eigenen Interessen nachgehen, ohne daß die anderen deswegen sauer wären.	☐	☐	☐	☐
19.	Einige Dinge in unserer Familie stellen mich nicht vollständig zufrieden.	☐	☐	☐	☐
20.	Wir werden nie wütend in unserer Familie.	☐	☐	☐	☐
21.	Wir brauchen zu lange, um mit schwierigen Situationen zurechtzukommen.	☐	☐	☐	☐
22.	Wir können uns nicht darauf verlassen, daß alle Familienmitglieder die ihnen zugedachten Aufgaben erfüllen.	☐	☐	☐	☐
23.	Wir nehmen uns Zeit, einander anzuhören.	☐	☐	☐	☐
24.	Wenn wir uns in unserer Familie aufregen, brauchen wir zu lange, um darüber hinwegzukommen.	☐	☐	☐	☐
25.	Wir regen uns nie gegenseitig auf.	☐	☐	☐	☐
26.	Eigentlich vertrauen wir einander nicht.	☐	☐	☐	☐
27.	Wenn wir etwas falsch machen, bekommen wir keine Gelegenheit, es zu erklären.	☐	☐	☐	☐
28.	In unserer Familie haben wir die Freiheit, zu sagen, was wir denken.	☐	☐	☐	☐
29.	Meine Familie und ich verstehen einander vollkommen.	☐	☐	☐	☐
30.	Manchmal gehen wir uns gegenseitig aus dem Weg.	☐	☐	☐	☐

		stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
31.	Wir sind uns oft nicht einig, welche Probleme wir haben.	☐	☐	☐	☐
32.	Wir müssen uns meistens gegenseitig daran erinnern, was in der Familie von den einzelnen getan werden muß.	☐	☐	☐	☐
33.	Wir streiten in unserer Familie oft darüber, wer was gesagt hat.	☐	☐	☐	☐
34.	Wir teilen einander mit, was uns gerade stört.	☐	☐	☐	☐
35.	Manchmal verletzen wir die Gefühle der anderen.	☐	☐	☐	☐
36.	In unserer Familie lebt jeder eher für sich.	☐	☐	☐	☐
37.	In unserer Familie gibt es keine festen Regeln oder Vorschriften.	☐	☐	☐	☐
38.	In unserer Familie haben wir die gleichen Vorstellungen über Erfolg und Leistung.	☐	☐	☐	☐
39.	Wir sind so gut angepaßt, wie eine Familie nur sein kann.	☐	☐	☐	☐
40.	Wir geben unsere Fehler immer zu und versuchen nicht, irgend etwas zu verbergen.	☐	☐	☐	☐

Adult Attachment Scale

Name: _____ Datum: _____

In diesem Fragebogen wird die Art der Bindung oder Beziehung erfasst, die Erwachsene zu anderen Menschen haben. Bitte beantworten Sie die folgenden Items so, wie Sie wirklich fühlen, reagieren oder denken.
Die Items sind in Form einer Frage oder einer Aussage formuliert, wobei jeweils 5 Antwortmöglichkeiten bestehen. Hier ein Beispiel:

Ich bin gerne mit Menschen zusammen.

Stimmt gar nicht. Stimmt
1_____2_____3_____4_____5

Wenn Sie die 5 ankreuzen, dann bedeutet dies, dass Sie gerne mit anderen Menschen zusammen sind. Wenn Sie möglichst gar nicht mit anderen Menschen zusammen sein wollen, kreuzen Sie bitte die 1 an. Mit der 2, 3 und 4 können Sie entsprechende Zwischenstufen kennzeichnen, z. B. mit der 3, wenn Sie manchmal gerne, manchmal nicht gerne mit anderen Menschen zusammen sind.
Lesen Sie bitte jedes Item sorgfältig durch, bevor Sie sich für eine Antwort entscheiden und beantworten Sie bitte in jedem Falle alle Items.
Bearbeiten Sie bitte den Fragebogen in Ruhe und nehmen Sie sich soviel Zeit, wie Sie brauchen.

Vielen Dank!

---

1. Ich weiß: wenn ich jemanden brauche, wird auch jemand da sein.
Stimmt gar nicht. Stimmt.
1_____2_____3_____4_____5

2. Es macht mich nervös, wenn jemand mir sehr nahe ist.
Stimmt gar nicht. Stimmt.
1_____2_____3_____4_____5

3. Ich mache mir oft Sorgen, dass mein Partner/meine Partnerin mich nicht wirklich liebt.
Stimmt gar nicht. Stimmt.
1_____2_____3_____4_____5

4. Ich bin nicht sicher, ob ich mich darauf verlassen kann, dass andere da sind, wenn ich sie brauche.
Stimmt gar nicht. Stimmt.
1_____2_____3_____4_____5

5. Mein Wunsch, in einem anderen Menschen völlig aufzugehen, schreckt andere manchmal ab.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 2 3 4 5

6. Ich merke, dass andere mich nicht so nah an sich herankommen lassen, wie ich es gerne hätte.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 2 3 4 5

7. Für mich ist es schwierig, andere an mich heranzulassen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 2 3 4 5

8. Menschen sind nie da, wenn man sie braucht.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 2 3 4 5

9. Ich mache mir oft Sorgen, ein mir wichtiger Mensch könnte mich verlassen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 2 3 4 5

10. Ich kann mich gut auf andere verlassen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 2 3 4 5

11. Es ist mir irgendwie unangenehm, mit anderen sehr vertraut zu werden.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 2 3 4 5

12. In Liebesbeziehungen wünschen sich meine Partner/innen häufig mehr Nähe von mir, als mir angenehm ist.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 2 3 4 5

13. Ich mache mir oft Sorgen, dass mein Partner/meine Partnerin eines Tages nicht mehr mit mir zusammen sein möchte.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 2 3 4 5

14. Es fällt mir schwer, anderen voll und ganz zu vertrauen.

Stimmt gar nicht. Stimmt.

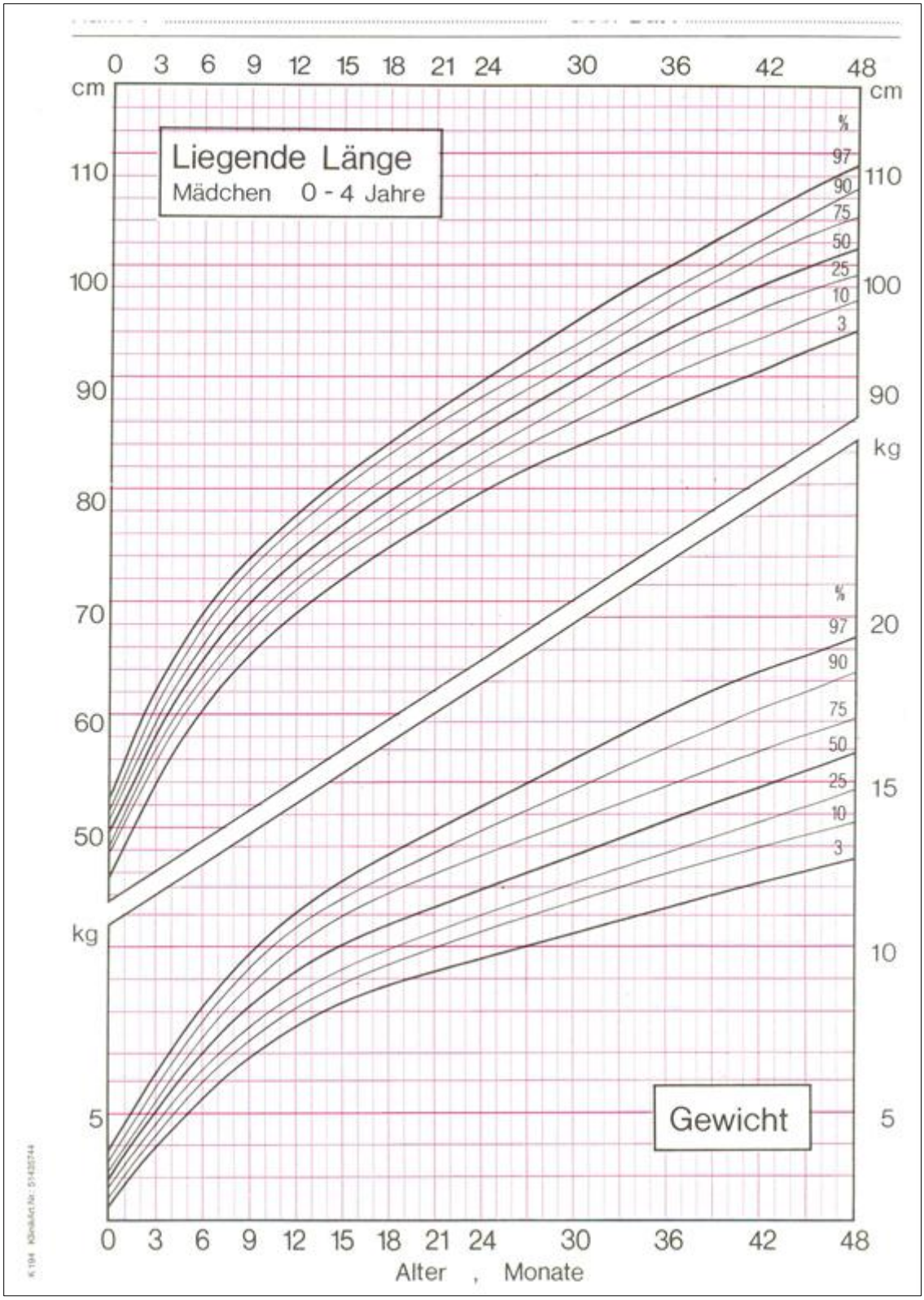
1 2 3 4 5

15. Die Vorstellung, mir könnte jemand zu nahe kommen, beunruhigt mich.

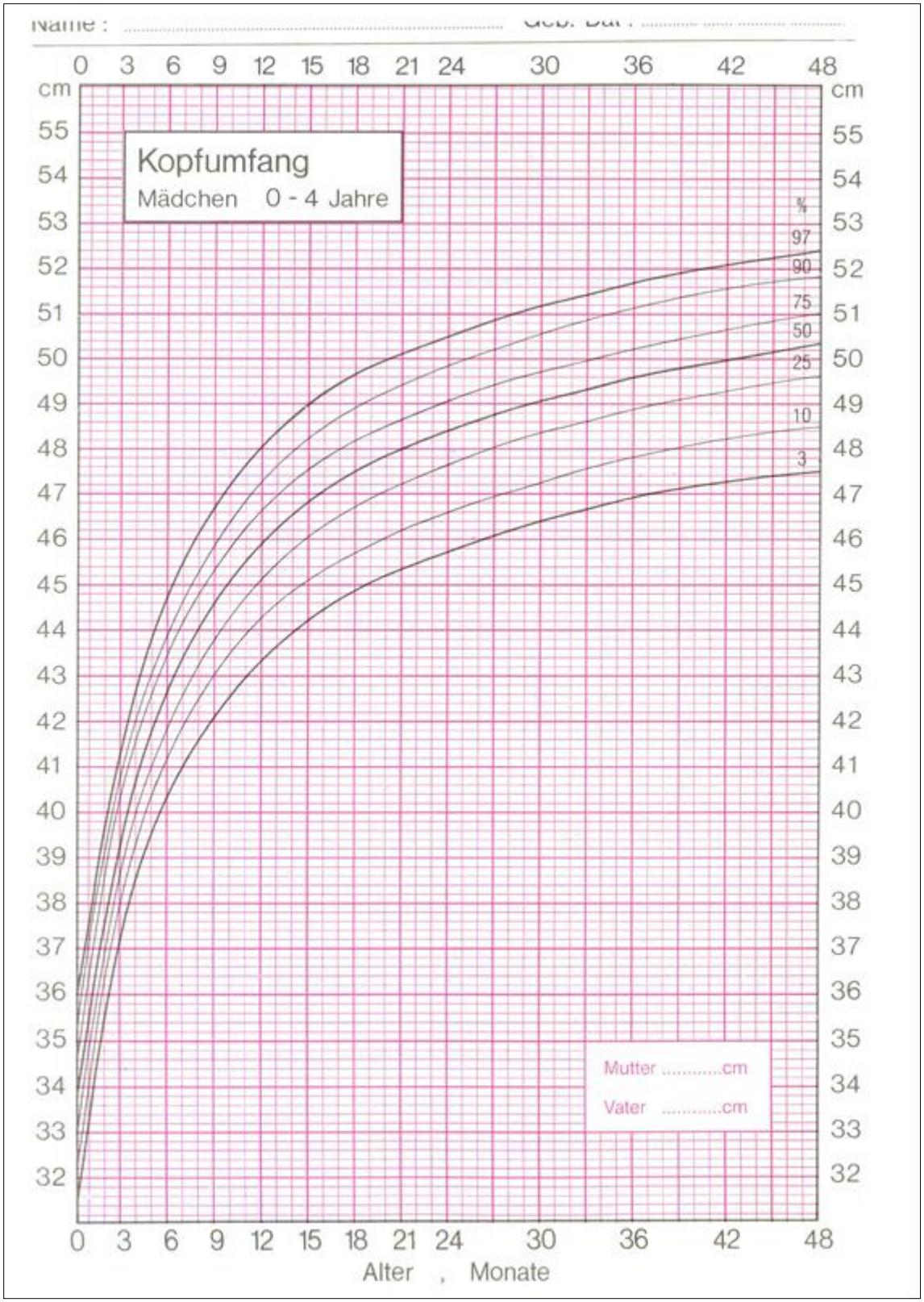
Stimmt gar nicht. Stimmt.

1 2 3 4 5

12. Anhang


Liegende Länge
Mädchen 0 - 4 Jahre
Gewicht
cm
kg
%
97
90
75
50
25
10
3
0 3 6 9 12 15 18 21 24 30 36 42 48
Alter , Monate

12. Anhang


Name :
Geb. Dat :
Kopfumfang
Mädchen 0 - 4 Jahre
cm
%
97
90
75
50
25
10
3
Mutter .....cm
Vater .....cm
0 3 6 9 12 15 18 21 24 30 36 42 48
Alter , Monate

13. Erklärung zur Dissertation

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

14. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Burkhard Brosig für die Ermöglichung dieser Promotionsarbeit sowie Unterstützung und Motivation bei der Planung, Durchführung und Verfassung der Thematik.

Weiterhin gilt mein Dank den Eltern, die bei dieser Studie mitgearbeitet haben.

Mein herzlicher Dank gilt auch dem Elternverein für Frühgeborene und kranke Neugeborene Giessen e.V. für die finanzielle Unterstützung.

Frau Lena Becker danke ich herzlich für die statistische Beratung.

Nicht zuletzt herzlichen Dank an meine unermüdlichen Korrekturleser und all die, die mich über die Zeit hinweg unterstützt und motiviert haben.