

Margarete Bolten · Eva Möhler
Alexander von Gontard

Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Exzessives Schreien,
Schlaf- und Fütterstörungen



HOGREFE



Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie

Band 17

Psychische Störung im Säuglings- und Kleinkindalter

von Dr. Margarete Bolten, Prof. Dr. Eva Möhler
und Prof. Dr. Alexander von Gontard

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl,
Prof. Dr. Franz Petermann

Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Exzessives Schreien,
Schlaf- und Fütterstörungen

von

Margarete Bolten, Eva Möhler
und Alexander von Gontard

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD
PRAG · TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM
KOPENHAGEN · STOCKHOLM · FLORENZ

Dr. rer. nat. Margarete Bolten, geb. 1976. Seit 2010 Leiterin der Arbeitsgruppe Risiko- und Resilienz-
forschung an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) und seit 2009 Lehrbeauftragte
in der Abteilung für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie der Universität Basel.

Prof. Dr. med. Eva Möhler, geb. 1965. Seit 2008 Leitung der SHG-Kliniken für Kinder- und Jugend-
psychiatrie /-psychotherapie am Standort Saarbrücken und seit 2010 außerordentliche Professorin an
der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg.

Prof. Dr. med. Alexander von Gontard, geb. 1954. Seit 2003 Direktor der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen
(Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große
Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes
abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz
ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwor-
tung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem
Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden
nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen
werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2013 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung
außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags
unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ARThür, Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2373-9

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Einleitung

Psychische Störungen können auch bei sehr jungen Kindern vorkommen. So zeigen 14 bis 25 % aller Vorschulkinder relevante Auffälligkeiten, bei 9 bis 12 % sind diese sogar mit Beeinträchtigungen im Alltag verbunden (Egger & Angold, 2006). Selbst wenn man konservativ vorgeht und die Rate von 9 bis 12 % zugrunde liegt, sind psychische Störungen bei jungen Kindern genauso häufig wie bei Schulkindern und sogar Jugendlichen. Sie gehen mit subjektivem Leiden und Belastungen für Kinder und Eltern einher und können die weitere Entwicklung negativ beeinflussen.

Psychische Störungen bei jungen Kindern sind vielgestaltig. Jede dieser Störungen weist auch bei jungen Kindern eine eigene typische Symptomatik auf mit spezifischen, wirksamen Therapieansätzen. Darüber hinaus beruht jede dieser Störungen jeweils auf unterschiedlichen Ursachen und Genesen. Frühere Annahmen, dass viele Störungen bei jungen Kindern als Symptomatik der „Regulation“ – der eigenen inneren Homöostase, wie auch der Interaktion mit Bezugspersonen – zu verstehen sind, sind zu kurz gegriffen. So unterschiedlich die Störungen sind, so differenziert muss man ihre Pathogenese, wie auch ihre klinische Symptomatik verstehen.

Dieses differenzierte Vorgehen wird auch in den neuen interdisziplinären Leitlinien zu „Psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter“ verfolgt, die von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften) begleitet und koordiniert wurden und 2013 erscheinen werden. Dieser Band lehnt sich eng an diese Leitlinien an und gibt somit aktuelle Hinweise und Empfehlungen wieder, die sich an der wissenschaftlichen, internationalen Evidenz, wie auch an dem interdisziplinären Konsens orientieren („S2“ gibt das Niveau der Leitlinien an, „k“ steht für Konsens).

Alle Störungen des Vorschulalters lassen sich jedoch in einem einzigen Leitfaden nicht adäquat behandeln. Deshalb wurden drei Problembereiche bzw. Störungen für den ersten speziellen Band zu psychischen Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter ausgewählt, die in der Beratung und Therapie von besonderer Relevanz sind und unterschiedliche Altersgruppen umfassen: Das exzessive Schreien, die Ein- und Durchschlafstörungen sowie die Fütter- und Essstörungen.

Das Ziel dieses Leitfadens ist es, praktisch relevante Hinweise zur Diagnostik und Therapie von diesen drei Störungsbereichen zu geben. Die drei Autoren sind ausgewiesene Experten auf dem Gebiet von psychischen Störungen bei jungen Kindern. Durch ihre unterschiedlichen Qualifikationen gewährleisten sie, dass die aktuellsten wissenschaftlichen und praktischen Standards der Kinderpsychologie (M. B.) der Kinderpsychiatrie (E. M., A. v. G.) und der Kinderheilkunde (A. v. G.) interdisziplinär wiedergegeben werden. Unser Ziel war es dabei ein gut lesbares Buch „in einem Guss“ zu schreiben, da es viele Überschneidungen bzw. komorbides Auftreten dieser drei Störungsbereiche gibt. Wir haben uns deshalb entschieden in diesem Leitfaden nicht die drei Problembereiche getrennt in separaten Kapiteln zu behandeln, sondern unsere jeweiligen Beiträge zu koordinieren. Trotzdem sollte Raum für individuellen Stil und Schwerpunkten gewährt werden. So hat M. B. das Gerüst für diesen Leitfaden geliefert, einen Großteil der allgemeinen Kapitel geschrieben und speziell das exzes-

sive Schreien behandelt. E. M. hat den neuesten Stand zu den Schlafstörungen beige-
tragen. A. v. G. schließlich hat die Abschnitte zu den Fütter- und Essstörungen verfasst.

Der Leitfaden unterteilt sich insgesamt in fünf Kapitel:

- 1** Im ersten Teil des Buches wird der Stand der Forschung hinsichtlich der Symptomatik, Definition und Klassifikation, Prävalenz, Pathogenese und Therapie zusammenfassend dargestellt.
- 2** Im zweiten Teil werden die Leitlinien zu folgenden Bereichen formuliert und ihre Umsetzung in die klinische Praxis dargestellt: Diagnostik und Verlaufskontrolle; Behandlungsindikation; Behandlung.
- 3** Im dritten Kapitel werden Verfahren kurz beschrieben, welche für die Diagnostik, Verlaufskontrolle und Behandlung eingesetzt werden können.
- 4** Das vierte Kapitel enthält Materialien zur Diagnostik und Therapie. Diese Materialien können in der vorliegenden Form kopiert und direkt eingesetzt oder entsprechend modifiziert werden.
- 5** Im fünften Kapitel werden zwei ausführliche Fallbeispiele für das exzessive Schreien und für Schlafstörungen sowie zwei kürzere Fallbeispiele für Fütterstörungen angeführt, welche die Umsetzung der Leitlinien in die klinische Praxis illustrieren.

Dieser Leitfaden wird durch den kompakten Ratgeber „Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter“ (Bolten, Möhler & von Gontard, 2012) ergänzt, der Informationen vor allem für Eltern enthält, aber auch für Pädagogen und andere Bezugspersonen, welche junge Kinder betreuen, von Interesse sein kann. Der Ratgeber informiert dabei kurz über die Symptomatik, Ursachen und Verlauf vom exzessiven Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen und gibt Eltern konkrete und praktisch umsetzbare Hinweise an die Hand.

Danken möchte ich (A. v. G.) allen Kolleginnen und Kollegen an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum des Saarlandes, die seit 2003 aktiv unsere Spezialambulanz für Säuglinge und Kleinkinder mit psychischen Störungen und ihre Eltern aufgebaut haben. Auch den Kollegen, die aktiv Konzepte zur Behandlung junger Kinder auf unserer Mutter-Kind-Station entwickelt sowie in unserer Tagesklinik mitgewirkt haben, danke ich sehr. Durch ihr Engagement und ihre Innovationsfreude habe ich persönlich viel gelernt, ebenso wie durch unsere jungen Patienten und Eltern, die sich unserer Klinik anvertraut haben. Danken möchten wir auch Stefanie Brennwald, Vincenza Iacolino, Samuel Imbeck und Birgit Weber, die uns beim Schreiben und Überarbeiten des Manuskriptes eine große Unterstützung waren und zu dem Band entscheidend beigetragen haben.

Basel, Saarbrücken und Homburg, Oktober 2012

*Margarete Bolten,
Eva Möhler
und Alexander von Gontard*

Inhalt

1	Stand der Forschung	1
1.1	Aspekte der psychischen Entwicklung in der frühen Kindheit	1
1.2	Klinische Symptomatik und Leitsymptome	5
1.3	Definition und Klassifikation	11
1.4	Epidemiologie und Verlauf	23
1.5	Pathogenese	25
1.6	Zusammenfassende Bewertung	36
1.7	Differenzialdiagnose und Probleme der Diagnosestellung	37
1.8	Verlauf und Prognose	43
1.9	Therapie	45
1.9.1	Verhaltensorientierte Methoden	47
1.9.2	Tiefenpsychologisch-psychodynamische Methoden	57
1.9.3	Alternative Therapieansätze	63
1.9.4	Therapiewirksamkeit	66
2	Leitlinien	71
2.1	Leitlinien zur Diagnostik und Verlaufskontrolle	71
2.1.1	Exploration der Eltern zur aktuellen Problematik	72
2.1.2	Psychopathologische Beurteilung des Kindes	81
2.1.3	Beurteilung der Eltern-Kind-Beziehung	83
2.1.4	Beurteilung der psychosozialen Umwelt	86
2.1.5	Körperliche Untersuchung	87
2.1.6	Spezifisches Vorgehen bei Fütterstörungen	88
2.1.7	Verlaufskontrolle	89
2.2	Leitlinien zur Behandlungsindikation	90
2.2.1	Indikation für die Behandlung des exzessiven Schreiens im Säuglings- und Kleinkindalter	90
2.2.2	Indikation für die Behandlung von Schlafstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter	94
2.2.3	Indikation für die Behandlung von Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter	97
2.3	Leitlinien zur Behandlung	101
2.3.1	Behandlung des exzessiven Schreiens	101
2.3.2	Behandlung von Schlafstörungen	108
2.3.3	Behandlung von Fütterstörungen	113

3	Verfahren zu Diagnostik und Therapie	121
3.1	Verfahren zur Diagnostik	121
3.1.1	Materialien zur Exploration und Symptomabschätzung	121
3.1.2	Beobachtungs- und Verlaufsprotokolle	121
3.1.3	Materialien zur Einschätzung der elterlichen Belastung	122
3.2	Verfahren zur Therapie	122
4	Materialien	125
M01	Explorationsschema für Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter	126
M02	Ersterhebungsbogen bei Therapien von Fütterstörungen oder Sondenentwöhnung	134
M03	Schrei-, Schlaf- und Füttertagebuch	138
M04	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	140
M05	Protokollbogen zur videogestützten Interaktionsanalyse	141
M06	Merkblatt „Schreien“	142
M07	Merkblatt „Schlafen“	145
M08	Merkblatt „Goldene Regeln zur Unterstützung der Schlaf-Wach- Organisation“	148
M09	Merkblatt „Prävention von Schlafstörungen während der ersten drei Monate“	150
M10	Merkblatt „Voraussetzungen für eine gelingende Schlafintervention (ab dem sechsten Lebensmonat)“	151
M11	Merkblatt „Füttern“	152
M12	Merkblatt „Allgemeine Essensregeln“	153
M13	Essensplan	154
M14	Essensprotokoll	155
M15	Trinkplan	156
M16	Therapieplan	157
5	Fallbeispiele	158
5.1	Exzessives Schreien	158
5.2	Schlafstörungen	163
5.3	Fütterstörungen	166
6	Literatur	171

1 Stand der Forschung

1.1 Aspekte der psychischen Entwicklung in der frühen Kindheit

Das Säuglings- und Kleinkindalter ist durch eine sehr hohe Entwicklungsdynamik gekennzeichnet. Menschliche Neugeborene sind nach Adolf Portmann „physiologische Frühgeburten“ (Portmann, 1951). Entsprechend kommen menschliche Neugeborene mit einem relativ unreifen Nervensystem zur Welt und durchlaufen postnatal erhebliche Reifungs- und Anpassungsprozesse. Eine aktuelle Studie von Knickmeyer et al. (2008) hat gezeigt, dass im ersten Lebensjahr das Hirnvolumen um 101 % zunimmt. Das Hauptwachstum im ersten Jahr geht dabei in erster Linie auf das enorme Wachstum der grauen Substanz zurück, welche sogar um 149 % zunimmt (Knickmeyer et al., 2008). Frühe sozioemotionale Erfahrungen werden durch den Säugling bzw. das Kleinkind also während der Zeit des stärksten Hirnwachstums gemacht und prägen entsprechend die biologische Struktur des wachsenden Gehirns nachhaltig. Folglich wirken sich Interaktionserfahrungen des Kindes mit den Eltern auf die biologische Ausformung von Gehirnfunktionen maßgeblich aus (Heim & Nemeroff, 2001, 2009).

Neugeborene Kinder haben ein relativ unreifes Nervensystem

Frühe Interaktionserfahrungen wirken sich auf die Ausformung der Hirnfunktionen aus

Neben den neuronalen Reifungsprozessen vollbringen Säuglinge besonders in den ersten 3 Lebensmonaten enorme physiologische Anpassungsleistung. Während das Kind intrauterin stabile Wärme-, Licht- und Lautstärkebedingungen vorgefunden hat, wirken in der extrauterinen Umwelt häufig wechselnde Reize auf das Kind ein. Der Wärmehaushalt muss reguliert, Nahrung selbstständig aufgenommen und verdaut und Reize verarbeitet bzw. ausgeblendet werden. All dies kann das noch unreife System des Kindes überlasten und entsprechend können diese Reifeprozesse in den ersten Lebensmonaten Quelle von Anpassungsproblemen sein.

Die ersten 3 Monate sind von enormen Anpassungsleistungen des Neugeborenen geprägt

Schreien

Ein Säugling ist bereits von Geburt an mit einer Reihe von Kompetenzen ausgestattet, welche es ihm ermöglichen, mit seinen Bezugspersonen in soziale Interaktion zu treten und damit sein Überleben zu sichern (Brazelton, 1974). Von den Ausdrucksmöglichkeiten eines Babys ist das Schreien die stärkste Form. Schreien ist die effektivste und wichtigste Kommunikationsform eines Neugeborenen und Säuglings, um der Umwelt Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Frieren oder Schwitzen, Missbehagen oder Schmerzen bei Erkrankungen, sowie Bedürfnis nach Nähe mitzuteilen (LaGasse, Neal & Lester, 2005). Schreien erweckt bei Betreuungspersonen innerhalb kürzester Zeit eine starke Motivation, etwas zu tun, um den

Schreien ist die erste und wichtigste Kommunikationsform von Säuglingen

Anlass des Schreiens herauszufinden und das Schreien zu beenden (Sol-tis, 2004). Somit hat das Schreien einen hohen evolutionären Stellenwert, da es für das Überleben von Kindern von zentraler Bedeutung ist (Hofer, 2002; Zeifman, 2001). Schreien führt bei den Eltern zu emotionaler Erregung, einer Steigerung der Herzfrequenz und des Blutdrucks. Schreien weckt Fürsorglichkeit und ein Bedürfnis, das Baby auf den Arm zu nehmen, zu wiegen und mit beruhigender Stimme zu trösten.

In den
ersten 3
Monaten
schreien
Säuglinge
im Durch-
schnitt
1,5–2 Stun-
den täglich

In westlichen Gesellschaften ist bei gesunden Säuglingen ein charakteristischer Verlauf des Schreiens in den ersten 3 Lebensmonaten zu beobachten (Brazelton, 1962; Lucas & St James-Roberts, 1998). Von der Geburt bis zur 6. Lebenswoche nimmt das Schreien kontinuierlich zu (auf durchschnittlich etwa 1,5 bis 2 Stunden täglich), um dann schließlich bis zum ersten Lebensjahr auf ca. 1 Stunde täglich abzusinken. Es gibt eine Häufung des Quengels und Schreiens in den Abendstunden zwischen 17.00 und 22.00 Uhr. Längere Schreiphasen in der Nacht sind selten. Diese Muster gehören zur ganz normalen Entwicklung eines Kindes und sind wahrscheinlich Ausdruck steigender und schließlich gemeisterter Entwicklungsaufgaben. Wegen der hohen interindividuellen Variabilität, ist auch das exzessive Schreien in den ersten 3 Monaten als normale Entwicklungsvariante zu sehen. Nur persistierendes exzessives Schreien über das Alter von 6 Monaten hinaus ist eindeutig mit Entwicklungsauffälligkeiten assoziiert.

Schlafen

Erwachsene
und Säug-
linge unter-
scheiden
sich deut-
lich in ihrer
Schlafarchi-
tektur und
ihrem
Schlaf-
bedürfnis

Der Schlaf von Säuglingen und Kleinkindern unterscheidet sich massiv von jenem der Erwachsenen (Singh, Gill, Soni & Raizada, 1992). Das Schlafbedürfnis von Kleinkindern ist relativ hoch. Neugeborene verbringen fast den gesamten Tag schlafend (etwa 16 bis 18 Stunden täglich). Mit zunehmendem Alter nimmt jedoch das Schlafbedürfnis deutlich ab. So benötigen Kinder mit 6 Monaten etwa 14 bis 15 Stunden und mit einem Jahr durchschnittlich etwa 12 Stunden Schlaf täglich (Iglowstein, Jenni, Molinari & Largo, 2003).

Nächtliches
Erwachen
ist im
ersten
Lebensjahr
die Regel
nicht die
Ausnahme

Bei Neugeborenen ist der Gesamtschlaf relativ gleichmäßig über den gesamten Tag hinweg auf mehrere Schlafphasen verteilt. Dabei ist ein immer wiederkehrender Zyklus von ca. 3 Stunden Schlaf gefolgt von einer einstündigen Wachphase zu beobachten. Die Wachphasen tagsüber werden jedoch mit zunehmendem Alter des Kindes länger, so dass sich etwa ab 12 Wochen bei den meisten Kindern zunehmend ein Nachtschlaf etabliert. Im Alter von 6 Monaten beträgt die längste Schlafphase im Mittel 6 Stunden. Dabei ist der Nachtschlaf bei den meisten Kindern in 2 Schlafperioden unterteilt, welche von einer Wachphase zur Nahrungsaufnahme unterbrochen ist. Somit ist nächtliches Erwachen im ersten Lebensjahr die Regel, nicht die Ausnahme. Tagsüber weisen die Kinder in diesem Alter im Mittel 2 kürzere Schlafepisoden auf.

Gegen Ende des ersten Lebensjahres sind die meisten Säuglinge nun in der Lage durchzuschlafen. Der Nachtschlaf hat sich weitestgehend etabliert. Zwischen dem ersten und dem zweiten Lebensjahr reduziert sich zudem der Tagschlaf auf eine einzelne Schlafepisode (Iglowstein et al., 2003).

Nahrungsaufnahme

Die kindliche Ernährungsform ist der jeweiligen Entwicklungsphase angepasst. Sie entspricht den Möglichkeiten des Organismus, bestimmte Nahrungsmittel aufzunehmen und zu verdauen. Intrauterin erlerntes Saugen und Schlucken von Fruchtwasser wird bei der Geburt durch die Atmung in einen komplexen physiologischen Prozess integriert, in welchem das Neugeborene autonom atmet, saugt und seinen Speichel schluckt (Gewolb, Fishman, Qureshi & Vice, 2004).

Die kindliche Ernährungsform muss der jeweiligen Entwicklungsphase angepasst sein

Im Säuglingsalter, also bis ca. zum 6. Lebensmonat, wird die benötigte Energie des Kindes ausschließlich durch die Aufnahme von Muttermilch oder Säuglingsmilch gedeckt. Das Kind ist somit vollständig von seinen Eltern abhängig. Im Laufe der weiteren Entwicklung des Kindes wird dieses zunehmend selbstständiger und möchte sich beispielsweise selbst füttern. Fütterungsprobleme sind deshalb auch häufig im Kontext der Autonomieentwicklung zu sehen (Chatoor, Schaefer, Dickson & Egan, 1984).

Zwischen dem 6. und 9. Lebensmonat kann der Bedarf an Proteinen und anderen Nährstoffen nicht mehr ausschließlich durch Milchnahrung gedeckt werden und Säuglinge sind nun besonders empfänglich für die Umstellung auf feste Nahrung (Wolke, 2000). Spätestens mit 12 Monaten ist das Kind in der Lage, das Ernährungsangebot seiner Umgebung mit einiger Hilfestellung, wie Hochstuhl oder Kinderlöffel, motorisch und gastroenterologisch zu verkraften. Kinder entwickeln eine Vorliebe für jene Speisen, welche ihnen ihre Umgebung (also die Eltern) anbietet. So ist die Essensentwicklung funktionell, motorisch, olfaktorisch und geschmacksmäßig stark kulturell geprägt. Im Laufe der Kindheit entwickeln sich spezifische Geschmacksvorlieben noch weiter aus. Das Kleinkind kann sich aber so ernähren, wie die ihn umgebenden Erwachsenen.

Nach Chatoor (2009) können 3 Phasen der Essensentwicklung unterschieden werden, die eng mit der Interaktion zwischen Kind und Bezugspersonen assoziiert sind. Als erstes lernt das Neugeborene und der junge Säugling, Hungergefühle zu signalisieren, während der Nahrungszufuhr einen Zustand der wachen Aufmerksamkeit zu erreichen und beizubehalten (d.h. weder zu schläfrig, noch zu erregt) und dann seine Satttheit mitzuteilen. Ab dem Alter von 2 Monaten schließt die Nahrungsaufnahme einen zunehmend differenzierte Interaktion mit Vokalisation, Gesichts-

Die Essensentwicklung eines Kindes ist massgeblich mit der Interaktion mit seiner Bezugsperson verbunden