

Fütter- und Essstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Dr. N. von Hofacker

Am 02. Dezember fand für Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte und Pädagogen ein Inhouse-Seminar von Dr. Nikoklaus von Hofacker statt. Herr Dr. von Hofacker ist Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut. Als einer der führenden Experten auf dem Gebiet der Diagnose und Therapie von Fütter- und Essstörungen im Kindesalter betreut er unsere Patienten als Konsiliararzt mit.

In der folgenden Zusammenfassung des Seminars werden zunächst mögliche Ursachen bzw. Entstehungsfaktoren für eine (früh-) kindliche Fütter- und Essstörung dargestellt. Anschließend werden verschiedene Erscheinungsformen erklärt und auf Grundzüge der Therapie eingegangen.



Fütter- und Essstörungen entstehen gerade bei Kindern, die an einer Herz- oder Lungenerkrankung leiden, häufig. Die Nahrungsaufnahme ist aufgrund der Grunderkrankung für die Kinder oftmals sehr anstrengend. Da aber das Essen lebensnotwendig ist bzw. bei zu geringer Nahrungsaufnahme die Erkrankung womöglich schneller fortschreitet, geraten Eltern unter Druck. Gleichzeitig besteht schon bei wenige Wochen alten Säuglingen das (unbewusste) Bedürfnis nach selbstständiger Regulation des Essens. Dadurch können Teufelskreise entstehen, welche sich aufschaukeln und schließlich in einer Fütter- oder Essstörung enden.

Eine andere Form einer Fütter- bzw. Essstörung kann das hoch-selektive Essverhalten sein, welches häufig fälschlicherweise zunächst als Nahrungsmittelunverträglichkeit oder –allergie interpretiert wird. Bei genauer Beobachtung findet man aber nicht selten eine Fütter-Interaktionsstörung bzw. eine Mischform aus organischen und interaktionellen Beziehungsfaktoren.

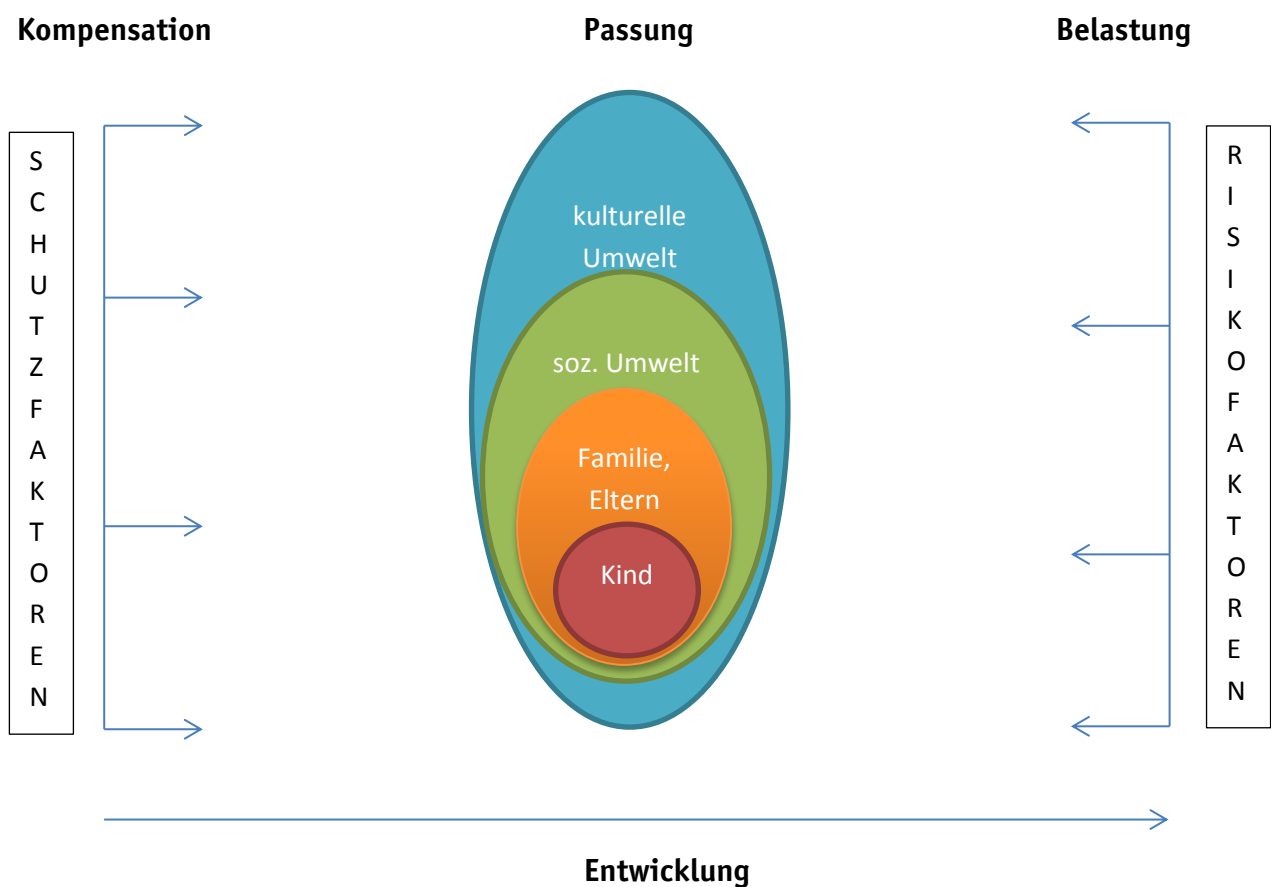
Zudem können aus der Wechselwirkung von Erziehungsunsicherheiten bei den Eltern und dem kindlichen Temperament (eher zurückhaltendes, ängstliches Kind) Fütter- oder Essprobleme entstehen, welche sich aufschaukeln. So kann sich das Nahrungsspektrum immer weiter einschränken, bis ein Kind nur noch fünf bis sieben verschiedene Nahrungsmittel zu sich nimmt. Diese Kinder nennt man „picky eater“.

Zusammenfassend kann man sagen, dass das Zusammenspiel von kindlichen Faktoren (z.B. Frühgeburtlichkeit, organische Vorschädigung, Behinderung, Temperament) auf der einen

Seite und elterlichen psychosozialen Belastungen andererseits zur Entwicklung einer Fütter-/Esstörung führen können.

Esstörungen können sich in einer Nahrungsverweigerung (Kopf wegrehen, Essen ausspucken bis hin zu erbrechen), ständig notwendiger Ablenkung oder auch einer nicht adäquaten Situation (z.B. füttern im Halbschlaf) beim Essen äußern. Dies kann in der Folge zu einer Gedeihstörung, Entwicklungsverzögerungen und psychischen Problemen führen. Unbehandelt persistieren Fütter- und Esstörungen zu etwa 60-80%. Objektive Kriterien für das Vorliegen einer Fütter-/Esstörung sind die Dauer (länger als 45 Minuten) und die Häufigkeit (öfter als alle zwei Stunden) der Mahlzeiten. Zudem spielt der subjektive Leidensdruck der Betroffenen eine große Rolle.

Der **transaktionale Ansatz zur Entstehung von Fütter-/Esstörungen** bezieht die soziale Umwelt (Eltern, Familie, soziale und kulturelle Umgebung) sowie Risiko- und Schutzfaktoren mit ein. Neuere Forschungsergebnisse zeigen, dass es keine spezifischen Risikofaktoren für die Entwicklung einer Fütter- oder Esstörung gibt. Vielmehr ist die Anzahl der Belastungen entscheidend. Gleichzeitig können Schutzfaktoren zur Kompensation dienen. Dieses Wechselspiel nennt man „Passung“. Das folgende Schaubild verdeutlicht den Entstehungskreis.



Ob sich eine Störung entwickelt, hängt wesentlich von den Belastungen und Kompensationsmöglichkeiten der Kinder, der Eltern und der Umgebung ab!

Nach Irene Chatoor unterscheidet man sechs verschiedene Formen der Fütter- bzw. Essstörung. Diese werden nachfolgend beschrieben.

Von einer **generalisierten Regulationsstörung** (auch „Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation“ genannt) spricht man, wenn der Beginn der Fütterproblematik zwischen dem ersten und dritten Lebensmonat, meist sogar schon im Neugeborenenalter, liegt. Diese Kinder haben Schwierigkeiten, einen ausgeglichenen Wachzustand zu erreichen, in dem das Füttern unproblematisch gelingt. Dadurch kann kaum ein regelmäßiger, ruhiger Fütter-Rhythmus erreicht werden und Nahrungsmenge, -dauer und -zeit wechseln. Häufig ist das Gedeihen der Kinder beeinträchtigt. Diese Kinder fallen nicht nur wegen Fütterproblemen auf, sondern haben meistens auch Schwierigkeiten beim Einschlafen und/oder schreien viel. Da es sich hier vor allem um ein reifungsbedingtes Problem handelt, ist viel Geduld gefragt.

Bei etwas älteren Kindern kann es zu einer **Fütterstörung mit mangelnder Eltern-Säugling-Reziprozität** kommen. Diese zeigt sich meist zwischen dem zweiten und achten Lebensmonat des Kindes und ist gekennzeichnet durch einen Mangel an altersgerechter sozialer Wechselseitigkeit mit den primären Bezugspersonen. Erkennbar ist dies beispielsweise an mangelndem Blickkontakt bei gleichzeitiger Hypervigilanz, wenn die Personen auf Distanz sind, an geringem Ausmaß sozialen Lächelns oder stimmlicher Dialoge bzw. geringer Anschmiegsamkeit des Kindes. Die Entwicklung und das Gedeihen solcher Kinder sind häufig beeinträchtigt, so dass hier deutlicher Handlungsbedarf besteht.

Die sogenannte **restriktive Essstörung** oder **infantile Anorexie** (Nahrungsverweigerung infolge mangelnden Interesses an der Nahrungsaufnahme bzw. mangelnder Nahrungsmenge) geht einher mit einem konstitutionell weniger stark ausgeprägtem Hungergefühl, was bedeutet, dass dies ein Stück weit genetisch determiniert ist. Der Begriff der „Anorexie“ ist in diesem Zusammenhang etwas unglücklich gewählt, da diese Essstörung nichts mit der Anorexia nervosa im Jugendalter zu tun hat. Die Kinder zeigen wenig Hunger, aber gleichzeitig ein hohes Interesse an ihrer Umwelt. Die Störung beginnt meist zwischen dem neunten Lebensmonat und dritten Lebensjahr, ohne dass es traumatische Auslöser oder medizinische Ursachen gibt. Die kindliche Entwicklung ist meist normal. Oftmals handelt es sich um sehr willensstarke Kinder, so dass diese Essproblematik in Zusammenhang mit kindlichen Temperamenteigenschaften steht. Dadurch entwickeln sich regelrechte Machtkämpfe ums Essen. Auf Dauer besteht die Gefahr, dass das Größenwachstum ausbleibt.

Eine **selektive Fütter-/Essstörung** (sensorische Nahrungsverweigerung) liegt vor, wenn ein Kind Nahrung aufgrund von Aussehen, Geschmack, Geruch oder Konsistenz verweigert. Die Probleme beginnen meist mit dem Einführen neuer Nahrungsmittel. Ursächlich können Temperamentsfaktoren sein, d.h. eine sogenannte Neophobie (Angst/Abwehr, wenn neue Nahrung präsentiert wird), welche 66-78% der Varianz genetisch determiniert. Andererseits wurde bei Erwachsenen festgestellt, dass 10-15% sogenannte „Supertaster“ sind. Diese Personen haben mehr Geschmackspapillen und eine wesentlich feinere Tastwahrnehmung als

der Durchschnitt. Dadurch reagieren sie gegenüber bestimmten Geschmäckern überempfindlich. Auch dies kann eine mögliche Ursache für selektives Essen sein. Bei Konfrontation mit dem unangenehmen Nahrungsmittel grimassieren die Kinder, spucken das Essen aus, würgen oder erbrechen. Mit der Zeit werden immer mehr Nahrungsmittel, die ähnlich sind in Farbe, Geruch, Geschmack etc. abgelehnt, was man Generalisierung nennt. Bekanntes essen diese Kinder meist problemlos, aber sie weigern sich, Neues auszuprobieren. Oft verhalten sich diese Kinder auch in anderen Kontexten (Kindergarten, Grundschule) eher ängstlich bis hin zu sozialphobischen Zügen. Ebenso wie bei der restriktiven Essstörung sind keine traumatischen Auslöser, Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder medizinischen Ursachen für das selektive Essverhalten verantwortlich.

Eine **Nahrungsverweigerung nach aversiver Erfahrung** (posttraumatische Fütter-/Essstörung, Choking Phobia, Emetophobie) kann jederzeit auftreten und zu einer andauernden Nahrungsverweigerung führen. Ursächlich sind aversive Erfahrungen im orofazialen oder Magen-Darm-Bereich, wie z.B. Beatmung, Sondenernährung, gastroösophagealer Reflux, Verschlucken mit massiver Angst oder ähnliches. Diese Kinder zeigen intensive Zeichen von Angst oder Panik, wenn sie mit Nahrung konfrontiert werden. Die Stress- und Angstsymptomatik nimmt zu, je näher die dargebotene Nahrung kommt.

Zudem können **Fütter-/Essstörungen bei medizinischen Begleiterkrankungen** auftreten. Der Beginn ist dabei in jedem Alter möglich. Die Mahlzeiten beginnen oft problemlos, im Verlauf kommt es aber zu Stresssymptomen und zunehmender Verweigerung. Das Gedeihen ist oft beeinträchtigt. Die Fütter-/Essstörung geht meist zurück, wenn die Grunderkrankung bessert wird.

Abschließend sollen die **Grundzüge der Therapie** von Fütter- und Essstörungen dargelegt werden. Eine wichtige Rolle spielt das Hungergefühl des Kindes. Daher ist es wichtig, den Kindern nicht ständig Essen anzubieten und auf gesüßte Getränke zu verzichten. Ein weiterer Eckpfeiler ist die Selbstregulation des Kindes. Dies bedeutet, dass nur Nahrung angeboten wird, wenn das Kind von allein seinen Mund öffnet. Auch auf Druck oder Ablenkung sollte verzichtet werden. Positive Reaktionen bei Interesse am Essen sind ebenso wichtig, wie der Verzicht auf jegliche Reaktion bei Essensverweigerung. Spielzeit und Essenszeit sollten konsequent getrennt werden. Dies erfordert ein gutes Timing und viel Übung sowie Unterstützung.

Bei einer generalisierten Regulationsstörung wird zudem darauf geachtet, Reize zu reduzieren und Erregungszeichen beim Kind sensibel wahrzunehmen. Häufig ist es in solchen Fällen auch angebracht, zunächst das Schlafproblem zu behandeln und sich erst danach den Fütterschwierigkeiten anzunehmen.

Bei einer eingeschränkten Eltern-Säugling-Reziprozität ist es zusätzlich notwendig, eine Gefährdung des Kindeswohls auszuschließen. Dann wird an der elterlichen Feinfühligkeit gearbeitet, was am besten mit Videofeedback gelingt und durch viel Übung bzw. therapeutische Unterstützung („Lernen am Modell“, „interactional guidance“) gefestigt werden kann.

Im Falle einer infantilen Anorexie ist es wichtig, dass die Kinder lange genug am Tisch sitzen bleiben. Dies trägt zu einer größeren Motivation zu Essen bei (auch unabhängig vom Hungergefühl). Hierfür ist es wichtig, die Situation attraktiv und kindgerecht zu gestalten. Zusätzlich kann eine kalorische Anreicherung der Nahrung hilfreich sein.

Liegt eine selektive Essstörung vor, wird zunächst eine Hierarchisierung angstbesetzter Nahrungsmittel vorgenommen. Dann wird nach einem festen Plan das am wenigsten angstausslösende Nahrungsmittel mehrfach angeboten (= Exposition). Ziel ist eine Gewöhnung und Lernen am Modell der Familienmitglieder.

Die posttraumatische Fütterstörung ist sehr langwierig zu behandeln. Diese Kinder sind meist sondenversorgt, da sie sonst nicht genügend Nahrung aufnehmen. Ziel der Therapie ist zunächst eine Desensibilisierung und die Berührung von Nahrung. In einem weiteren Schritt sollen die Kinder Nahrung im Mund akzeptieren lernen. Dann wird die Sondenmenge tagsüber reduziert, um ein Hungergefühl entstehen zu lassen. Dies ist eine kritische Phase, da die Kinder meist abnehmen und dysphorisch werden. Den Eltern währenddessen Ruhe und Sicherheit zu vermitteln, ist essenziell wichtig. Die Kinder müssen lernen, dass das unangenehme Hungergefühl durch Essen zu beseitigen ist. Ist die kritische Phase überstanden, so erfolgt meist eine deutliche Gewichtszunahme.