

Wenn Kinder nicht essen wollen

Frühkindliche Ess- und Fütterstörungen

Was steckt dahinter, wenn Kinder im Säuglings- oder Kleinkindalter immer wieder altersentsprechende Nahrungsangebote verweigern, Probleme bei der Umstellung auf Löffelnahrung signalisieren oder sich nur füttern lassen, wenn sie etwa durch Spielangebote von der Nahrungsaufnahme abgelenkt werden? Solche Füttersituationen überfordern und belasten die Eltern, insbesondere die Mütter, oft bis zur Erschöpfung und nagen an ihrem Selbstwertgefühl. Frühkindliche Ess- und Fütterstörungen sind offenbar ein häufiges Problem in der pädiatrischen Praxis. Zu den Ursachen und Risikokonstellationen, die zu solchen Störungen führen können, sowie den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten befragten wir den leitenden Arzt für pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie des Ostschweizer Kinderspitals, St. Gallen, Dr. med. Christian Henkel.



Dr. med. Christian Henkel

Pädiatrie: Herr Dr. Henkel, aus der pädiatrischen Literatur gewinnt man den Eindruck, dass Ess- und Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern relativ häufig sind – gibt es denn dazu verlässliche Zahlen?

Dr. med. Christian Henkel (ChH): Es gibt hier nur wenige Daten. Eine grosse Studie, die in diesem Zusammenhang immer zitiert wird, ist die 2001 publizierte britische ALSPAC-Studie (Avon Longitudinal Study of Parents and Children). Es handelt sich um eine nicht klinische Stichprobe, die über mehrere Jahre prospektiv angelegt wurde. Hier zeigte sich, dass bis zu 40 Prozent der Kinder im ersten Lebensjahr von Fütterproblemen betroffen sein können. Mit zunehmendem Alter nimmt das dann deutlich ab. Von den Kindern im Alter von etwa 18 Monaten erfüllen nur noch 3 bis 4 Prozent die Kriterien einer Fütterstörung. Klinische Stichpro-

ben zeigen dagegen, dass Kinder mit solchen Problemen, die sich bei Kinderärzten, Allgemeinärzten, in Mütterberatungen oder auch in Kinderkliniken vorstellen, bis zu 20 Prozent der pädiatrischen Patienten im ersten Lebensjahr ausmachen. ALSPAC hat im Übrigen auch gezeigt, dass Fütterstörungen in der Regel nicht nach dem dritten Lebensjahr neu auftreten; wenn sie andauern, sind sie oft chronifiziert und schwer therapierbar. Allerdings scheint es in dieser Population auch einen Shift in Richtung Verhaltens- sowie Bindungs- oder Beziehungsstörungen zwischen Elternteil (meistens der Mutter) und Kind zu geben.

Seit wann sind diese Verhaltensmuster als pathologisch erkannt und erfasst worden?

ChH: Das lässt sich anhand der Literatur gut nachvollziehen: Sowohl in den Klas-

sifikationen des ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, die 1992 eingeführt wurde) als auch im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage) sind die Fütterstörungen aufgeführt. Man hat sich also erst seit Ende der Achtzigerjahre ausführlicher damit befasst. Das belegen auch die publizierten Studien. Die Erkenntnis, dass man sich diesen Verhaltensauffälligkeiten widmen muss, ist also noch nicht so alt.

Wie definieren Sie den Begriff der frühkindlichen Ess- und Fütterstörungen? Was ist darunter zu verstehen?

ChH: Es gibt bisher keine einheitliche Definition. Im deutschsprachigen Raum orientieren wir uns sowohl an der unter anderem von N. von Hofacker und M. Papoušek verfassten AWMF-Leitlinie als auch an dem amerikanischen Klassifika-

tionssystem DC:0-3R. In Letzterem hat sich vor allem die Kinder- und Jugendpsychiaterin, Frau Irene Chatoor, sehr engagiert und eine entwicklungsphasenspezifische Definition zu den Essverhaltensstörungen vorgeschlagen. Generell muss man von einer frühkindlichen Fütterstörung ausgehen, wenn die Mahlzeitendauer auffällig lang ist, also durchschnittlich mehr als 45 Minuten beträgt, und wenn das Intervall zwischen den Mahlzeiten sich auf weniger als zwei Stunden beläuft, ohne dass eine rein medizinische Ursache besteht. Darüber hinaus gibt es noch zahlreiche assoziierte Störungen oder Symptome, die in die Klassifikation einfließen. Es handelt sich bei diesen Verhaltensstörungen um ein recht kompliziertes Geschehen, das entsprechend multidisziplinäre Therapieansätze erfordert.

Fütterstörungen können sich offenbar bereits im ersten Lebensjahr manifestieren – an welchen Symptomen lässt sich denn erkennen, dass sich solche Probleme anbahnen?

ChH: Fütterstörungen äussern sich meistens bereits während des ersten Lebensjahrs. Wenn sie sich erst im zweiten Lebensjahr manifestieren, ist es so, dass sich das Geschehen schon im ersten Lebensjahr abgezeichnet hat. Es gibt verschiedene typische Auffälligkeiten, die darauf hinweisen. So kann ein zwei Monate altes Kind nach den Mahlzeiten beispielsweise immer wieder erbrechen, ohne dass eine medizinische Diagnose gestellt wird. Das bildet sich vielleicht von selbst wieder zurück, aber in der weiteren Entwicklung wehrt das Kind den Schoppen zunehmend ab, vermeidet ihn und trinkt nur noch im Halbschlaf – das sehen wir im Alter von etwa vier Monaten relativ häufig. Beobachtet man dann noch, dass die Mutter oder die Eltern sehr verkrampft und belastet sind, zunehmend Druck auf das Kind ausüben und in starre Füttermuster verfallen, dann sollte man aufmerksam werden.

Das Ganze entwickelt sich also in Interaktion mit den Eltern beziehungsweise der Mutter?

ChH: Eine Fütterstörung lässt sich nur diagnostizieren, wenn man die sogenannte

Diagnostische Trias nach Papoušek berücksichtigt, in der kindliche (organische Faktoren, regulatorische Probleme, Verhaltensmerkmale) und elterliche Faktoren (Biografie, Kultur, Belastungen) sowie die Interaktion zwischen Eltern und Kind einbezogen werden. Viele Verhaltensstörungen oder funktionelle Störungsbilder, lassen sich nur durch solche transaktionalen Modelle erklären, die die Wechselseitigkeit zwischen zwei oder mehreren Faktoren beschreiben. Bis sich Verhaltensauffälligkeiten wie Fütterstörungen manifestieren oder festsetzen, müssen im Rahmen der Fütterinteraktion zwischen Mutter und Kind über einen längeren Zeitraum mehrere wechselseitige dysfunktionale Prozesse abgelaufen sein, die das Gleichgewicht dieser Beziehung nachhaltig gestört haben.

Gibt es gewisse Risikokonstellationen, die das Auftreten solcher Verhaltensstörungen begünstigen?

ChH: Durchaus. Schwere organische oder psychische Belastungen der Mutter in der Schwangerschaft (z.B. Präeklampsie, vorzeitige Geburt) sind beispielsweise eindeutige Risikofaktoren. Weitere Risikofaktoren für die frühkindliche Entwicklung sind eine psychisch traumatisierte Mutter oder der soziale Status einer Mutter, vor allem wenn sie alleinerziehend und jung ist. Zur Risikogruppe gehören darüber hinaus auch sogenannte regulationsgestörte Kinder (z.B. Schreikinder) und Kinder mit spezifischen Erkrankungen (z.B. angeborene Stoffwechselstörungen). Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch vorangehende Fütter- oder Essstörungen in der Familie. Heute geht man davon aus, dass etwa 40 Prozent der Frauen im Laufe ihres Lebens in irgendeiner Form einmal eine subklinische Essstörung durchgemacht haben. Diese Mütter sind oft schneller verunsichert, wenn es darum geht, das eigene Kind zu füttern.

Hier geben also die negativen Signale in der interaktiven Fütterungsphase eher von der Mutter aus?

ChH: Das gibt es und zwar typischerweise, wenn das Kind bereits etwas älter ist, also etwa ein Jahr alt, wenn die Autonomieentwicklung des Kindes beginnt.

Die verschiedenen Klassifikationssysteme der frühkindlichen Ess- und Fütterstörungen, die relativ uneinheitlich sind und schon allein deshalb recht komplex erscheinen, werden in dem nachfolgenden Beitrag von Frau Susanne Hommel (siehe Seite 8 ff.) ja ausführlich behandelt. Könnten Sie dennoch kurz darauf eingehen, wie sich die Klassifikationskriterien der Münchner Schule, also von M. Papoušek, N. von Hofacker und Kollegen, von jenen von Frau Chatoor unterscheiden?

ChH: Die Münchner Kollegen legten bei ihrer Klassifikation der Fütterstörungen das Konzept der Regulationsstörungen zugrunde. Gemäss dieser Definition können im ersten und zweiten Lebensjahr phasenweise bestimmte Verhaltensstörungen auftreten, die nicht als Erkrankungen gelten, aber zu ungünstigen Entwicklungen führen können. Im ersten Lebenshalbjahr ist es beispielsweise das exzessive Schreien (Schreikinder), dann die Schlafstörungen und – parallel dazu oder erst am Ende des ersten Lebensjahrs – die Fütterstörungen. Frau Chatoors Klassifikation der Fütterstörungen definiert sechs verschiedene Subtypen, die in verschiedenen Entwicklungsphasen des Kindes auftreten können, wobei sie jedoch auf konkrete Altersangaben verzichtet. Chatoor beschreibt dazu assoziierte Interaktions- oder Beziehungsmuster und bezieht damit auch die Befindlichkeiten der Mütter beziehungsweise Bezugspersonen ein. Die von Frau Chatoor vorgeschlagenen, klinisch relevanten Klassifikationskriterien ergänzen das multiaxiale Klassifikationssystem für seelische (mentale) Störungen der frühen Kindheit (DC:0-3R).

Um welche Subtypen handelt es sich?

ChH: Zu Subtyp 1 zählen *Fütterstörungen mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation*, die relativ häufig sind. Dazu gehören Kinder, die schon in den ersten drei Lebensmonaten Anzeichen einer Regulationsstörung zeigen, Fütterprobleme aufweisen und deren Eltern reaktiv belastet sind. Subtyp 2 fasst *Fütterstörungen mit unzureichender Eltern-Säuglings-Reziprozität* zusammen, die sich beispielsweise bei einem mütterlichen Deprivationssyndrom entwickeln kön-

nen. Kinder von jungen, sozial isolierten oder depressiven Müttern mit postpartalen Depressionen sind hier besonders gefährdet. Zu Subtyp 3 zählen Fütterstörungen, die auch als *infantile Anorexie* bezeichnet werden – nicht zu verwechseln mit der *Anorexia nervosa*, die damit gar nichts zu tun hat. Es handelt sich hier um Kinder zwischen 6 und 18 Monaten, die das Essen verweigern, und bei denen es gehäuft zu Machtkämpfen mit einem oder beiden Elternteilen kommt. Die Erfahrung zeigt, dass auch psychische Störungen der Eltern oder eine sogenannte transgenerationale Weitergabe gewisser Probleme als auslösende Faktoren eine Rolle spielen können. Subtyp 4 beinhaltet die *sensorisch bedingte Nahrungsverweigerung*. Hier gibt es unterschiedliche Ansichten, welche Kinder dazu gehören. Nach meiner Auffassung handelt es sich hier vor allem um Kinder, die sensorische Überempfindlichkeiten im Bereich des Gesichts oder des Mund-Rachen-Raums aufweisen, nicht nur um neurologisch beeinträchtigte Kinder, wie zum Beispiel ehemalige Frühgeborene mit Status nach leichter peripartaler Asphyxie. Es gehören zum Beispiel auch sogenannte Picky Eater dazu, also Kinder, die sehr selektiv essen und gewisse Geschmacksrichtungen oder Nahrungskonsistenzen aufgrund ihrer konstitutionellen Vorbedingungen ablehnen. Das kommt gar nicht so selten vor. Als weiterer Subtyp werden *Fütterstörungen im Zusammenhang mit bestehenden Erkrankungen* aufgeführt. Das ist eine relativ häufige Konstellation. Beispiele sind das komplizierte gastroösophageale Refluxsyndrom sowie angeborene Stoffwechselerkrankungen. Schliesslich gibt es noch die *posttraumatische Fütterstörung* (Subtyp 6). Dazu gehören Kinder, die schon frühzeitig aversive Erfahrungen im Mund-Rachen-Bereich gemacht haben. So müssen zum Beispiel Kinder, die früh am Herzen operiert werden und danach längere Zeit auf der Intensivstation liegen, zwangsläufig immer wieder Manipulationen im Mund-Rachen-Bereich (z.B. Magensonde, Reintubationen, Absaugen, Lagern, Erlernen des Saugens) erfahren. Diese Kinder verweigern später oft das Essen oder bestimmte Konsistenzen, können nicht von der Sonde entwöhnt werden und fangen

noch im Alter von drei Jahren an zu würgen, sobald man mit einem gehäuften Löffel kommt. Das sind konditionierte Vorgänge.

Sonst gibt es in Richtung Klassifikation derzeit nicht viel Brauchbares. ICD-10 und DSM-IV sind sehr begrenzt und bieten in dieser Hinsicht wenig. Hier wird beispielsweise der wichtige Entwicklungs- und Interaktionszusammenhang nicht berücksichtigt. Das einzig Gemeinsame ist die Alterskategorie: Demnach müssen frühkindliche Fütterstörungen im Alter von unter sechs Jahren auftreten.

Also ein ausserordentlich komplexes Störungsbild. Tiefer liegende Beziehungs- oder Bindungsprobleme der erwachsenen Bezugspersonen werden das Geschehen dann sicher auch beeinflussen?

ChH: Indirekt auf jeden Fall. Haben die Fütterstörungen des Kindes beispielsweise medizinisch-organische Ursachen, kann dies dazu führen, dass die Mutter, ausgelöst durch ihre Lebensgeschichte, zunehmend Schuldgefühle aufbaut, weil sie meint, nicht in der Lage zu sein, ausreichend für ihr Kind zu sorgen. Hier spielt die sogenannte Mutterschaftskonstellation nach Daniel Stern eine wesentliche Rolle: Nach Auffassung unserer westlichen Kultur ist eine der wichtigsten Aufgaben einer Mutter die, dass sie ihr Kind liebt und in der Lage ist, es aufzuziehen. Schon auf das geringste Symptom, auch wenn es medizinisch letztlich vernachlässigbar wäre, reagieren Mütter beziehungsweise Eltern hochsensibel sowie emotional und lassen sich rasch verunsichern. Die Gelassenheit der Eltern im Umgang mit Füttern und Essen fehlt dann völlig. Auch geografische Faktoren der fütternden Bezugspersonen können bei der Auslösung von Fütterstörungen eine Rolle spielen, wie man bei der Fallvignette sehen kann, die wir in diesem Heft vorstellen (s. Seite 21 ff.).

Dass Eltern Angst vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben, wenn ihre Kinder das Essen verweigern, ist verständlich – wie gross ist denn die Gefahr tatsächlich?

ChH: Gedeihstörungen können mit einer Fütterstörung einhergehen. Be-

kommt man sie im zweiten/dritten Lebensjahr in den Griff, ist es allerdings relativ selten, dass sie zu organischen Folgeschäden führen. Über die Häufigkeit gibt es allerdings keine statistischen Daten. Die früher praktizierte Aufteilung in organisch und nicht-organisch bedingte Gedeihstörungen hat sich nicht bewährt. Man sollte davon ausgehen, dass mindestens 4 bis 5 Prozent der Kinder mit nicht-organischen Gedeihstörungen häufig auch organische, das heisst anatomische, physiologische oder biochemische Auffälligkeiten zeigen, die für die Therapie relevant sein können. Deshalb führen wir regelhaft immer einen somatischen Check-up durch – wenn das nicht schon anderweitig gemacht wurde – bis hin zur Videofluoroskopie. Für die Eltern ist das sehr wichtig. Die psychosoziale Therapie mit ihnen wird sehr viel einfacher, wenn ihr Kind nicht nachweisbar organisch krank ist.

Wann sollte die Mutter den Kinderarzt zu Rate ziehen – gibt es hier einfache Regeln?

ChH: Die Eltern sollten den Kinderarzt aufsuchen, wenn die Fütter- oder Esssituation im zweiten oder dritten Lebensjahr oder später so belastet ist, dass sie unter Stress, Überforderung und emotionaler Anspannung leiden und zunehmend Ängste bestehen, das Kind könnte nicht genügend essen. Oder wenn sich die Mutter erschöpft fühlt und sich an der Grenze zur Aggression befindet, ist es wichtig, den Kinderarzt einzubeziehen – hier kommt auch der Kinderschutzgedanke zum Tragen. Auch wenn das Kind Nahrungsmittel – und zwar nicht selektiv – durchgehend abweist. Und dann natürlich, wenn sich eine Gedeihstörung entwickelt, vor allem im ersten Lebenshalbjahr. Die Mehrzahl der Mütter beziehungsweise der Eltern geht in der Regel früh zum Kinderarzt. Es gibt aber auch solche, die sich schämen, dass sie nicht in der Lage sind, ihr Kind angemessen zu ernähren, und kommen erst nach einem halben Jahr. Die Prognose ist allerdings sehr viel besser, wenn solche Verhaltensstörungen möglichst früh erkannt und behandelt werden. Es geht nicht nur darum, schwere körperliche Folgeerscheinungen zu vermeiden, son-

dern die Gesamtentwicklung des Kindes gut aufzugleisen.

Wie kann der Kinderarzt einer solchen Mutter helfen?

ChH: Er sollte im Rahmen seiner Möglichkeiten eine basale Diagnostik durchführen, um auszuschliessen, dass das Kind mangelernährt ist. Sofern keine Gedeihstörung vorliegt, bespricht er mit den Eltern die Perzentilen, um Normalität aufzuzeigen. Darüber hinaus empfiehlt es sich, zu explorieren, wie strukturiert die Esssituation ist, welche Essregeln eingehalten werden sollten, damit die Eltern gar nicht erst in sogenannte Ablenkungs- und Verfolgungsmuster fallen. Längst nicht alle Fütterstörungen erfordern eine intensive Behandlung, vieles lässt sich auch in der Praxis ganz gut regeln. Dazu gehört für mich aber auch, dass die Mütter ernst genommen und angehört werden, um zu erfahren, welche Bedeutung sie diesen Symptomen zumessen, wie sie sich fühlen und wie belastet sie sind. Es geht auch darum, die Mutter dahingehend zu beruhigen, dass ein Kind eine solche Krise überwinden kann, wenn keine ernsthafte medizinisch-körperliche Erkrankung vorliegt. Solche Probleme brauchen vor allem Zeit und die sollte man sich auch nehmen. Mit einer motivierten Mutter, die keine Angst hat, dass ihr Kind krank ist oder sie es nicht ernähren kann, kann es auch ohne intensive Therapie gelingen, eine negativ ablaufende Mutter-

Kind-Interaktion wieder in eine positive Richtung zu lenken.

Gelegentlich erleben wir allerdings auch Kurzschlussreaktionen von Kollegen, wenn ein Kind, das Ess- oder Fütterprobleme aufweist und keine für den Praxispädiater erkennbare organische Ursachen zeigt, umgehend zur Logopädie überwiesen wird, da man eine Dysphagie vermutet. Solche Kinder können in der Regel schlucken, aber nicht das, was man ihnen vorsetzt – die Probleme haben meistens andere Gründe. Hier gibt es sicher noch Gesprächs- und Aufklärungsbedarf.

Weiss der Kinderarzt, wohin er Mutter und Kind überweisen kann, wenn sich eine Fütterstörung nicht «so einfach» regulieren lässt und/oder die Situation zwischen Mutter und Kind zu eskalieren droht? Gibt es dafür sichere Anzeichen?

ChH: In solchen Fällen sollten die Kollegen die Familie, mindestens aber Mutter und Kind, in pädiatrische Spitäler schicken, die für solche Fälle spezialisierte Fachleute haben, die wissen, dass frühkindliche Ess- und Fütterstörungen multimodal und multidisziplinär therapiert werden müssen. Zudem wissen viele Kinderärzte möglicherweise noch nicht, dass es in der Schweiz – also zum Beispiel bei uns, meines Wissens aber auch in Zürich und Luzern – spezialisierte Behandlungsteams gibt, die solche Störungen multidisziplinär behandeln; das gibt es ja noch nicht sehr lange. Für unser

Zentrum am Ostschweizer Kinderspital haben wir bisher keine grosse Werbung gemacht, da wir uns noch im Aufbau befinden.

Im Übrigen gibt es für die Anamnese eine sehr gute Zusammenstellung klinischer Zeichen, die helfen können, das Ausmass einer Fütterstörung zu beurteilen. Dazu gehören:

- ⊙ nächtliches Füttern der Eltern, obwohl das Kind nicht von sich aus aufwacht (sog. dreamfeeding)
- ⊙ wiederholte Fütterversuche, obwohl das Kind eine deutliche Ablehnung zeigt
- ⊙ deutlich verkürzte Fütterintervalle
- ⊙ Ablenkungs- und Verfolgungsmuster vonseiten der Eltern
- ⊙ starre Mahlzeitenverteilung, also nach der Uhr füttern oder essen
- ⊙ Zwang
- ⊙ verlängerte Mahlzeitendauer (durchschnittliche Dauer \geq 45 Minuten).

Bei diesen Anzeichen sollte der Kinderarzt die Eltern an ein Zentrum überweisen. Wie eine solche Behandlung dann – von der Abklärung bis hin zum möglichen Therapieerfolg – in Zusammenarbeit mit einem multidisziplinären Team ablaufen kann, lässt sich am Beispiel unserer Fallvignette (Seite 21 ff.) nachvollziehen. ⊙

Besten Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Claudia Reinke.