

# Wenn der Esstisch zum Kampfplatz wird

## Fütter- und Essstörungen im ersten Lebensjahr

**Die Nahrungsaufnahme ist eine der ersten und die wohl wichtigste Entwicklungsaufgabe, welche Neugeborene meistern müssen. Die Nahrungszufuhr stellt auf der einen Seite das physische Überleben des Säuglings sicher, enthält aber auch eine sozioemotionale Komponente, welche für seine kognitive, motorische und soziale Entwicklung entscheidend ist.**

Von Margarete Bolten

**D**ie kindliche Ernährungsform ist der individuellen Entwicklungsphase des Kindes angepasst. Sie sollte seinen Möglichkeiten entsprechen, bestimmte Nahrungsmittel aufzunehmen und zu verdauen. Jedoch beeinflussen neben den organischen Voraussetzungen vor allem Interaktionen des Kindes mit seiner Umwelt seine funktionelle, motorische, olfaktorische und geschmacksmässige Essentwicklung. Nach Chatoor (1) können drei Phasen der Essentwicklung unterschieden werden, die eng mit der Interaktion zwischen Kind und Bezugspersonen assoziiert

**Im Säuglings- und frühen Kindesalter wird die Balance zwischen Autonomiebedürfnissen des Kindes und seiner Abhängigkeit von den Eltern beim Essen ausgehandelt.**

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 und dann seine Sättigkeit mitzuteilen. Ab dem Alter von 2 Monaten schliesst die Nahrungsaufnahme eine zunehmend differenzierte Interaktion mit Vokalisation, Gesichtsmimik und körperlichem Kontakt ein. In dieser Phase ist der Säugling vollständig von seinen Eltern abhängig. Im Laufe der weiteren Entwicklung wird das Kind zunehmend selbstständiger und möchte sich beispielsweise selbst füttern. Im Alter von 6 Monaten bis 3 Jahren wird eine Balance zwischen Autonomiebedürfnissen des Kindes und seiner Abhängigkeit von den Eltern beim Essen ausgehandelt. In allen Entwicklungsphasen des Säuglings kann es zu einer Fehlkommunikation und dysfunktionalen Interaktionen zwischen Kind und Bezugspersonen kommen, welche wiederum zu Ernährungsschwierigkeiten führen können.

### Frühkindliche Fütter- und Essprobleme sind häufig

Bei etwa 20 bis 25 Prozent aller Kleinkinder können zumindest vorübergehende Fütter- und Essschwierigkeiten beobachtet werden (1–3). Die Gesamtprävalenz schwerer Fütterstörungen wird mit 1 bis 3 Prozent angegeben (1, 4). De la Osa, Barraza und Ezpeleta (5) fanden zudem aber auch eine deutliche Altersabhängigkeit dahingehend, dass die Prävalenzen für Fütterstörungen im Verlauf des Vorschulalters sanken. Die Versorgungsprävalenz, das heisst der Anteil von Kindern, die in Kliniken vorgestellt wurden, variiert stark nach lokalen Zuweisungs- und Selektionseffekten. In einer Auswertung der Daten von 1083 zugewiesenen Kindern an sechs internationalen Zentren hatten 4 Prozent eine Fütterstörung nach dem internationalen Klassifikationssystem für das Vorschulalter (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, DC:0-3), wobei der Anteil je nach Zentrum zwischen 0 und 12 Prozent betrug (6). An einer deutschen Klinik wurden die Daten von 299 konsekutiv zugewiesenen Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren (mittleres Alter 3,9 Jahre) ausgewertet (7); hier wiesen 10,4 Prozent eine Fütterstörung nach DC:0-3R und 9,7 Prozent nach ICD-10 auf. Die gleiche Arbeitsgruppe untersuchte 1019 Vorschulkinder im Zusammenhang mit der Schuleingangsuntersuchung. Dabei gab die Hälfte (53%) der befragten Eltern an, dass ihre Kinder ein sehr selektives Essverhalten an den Tag legten, etwa ein Viertel der Kinder (26%) verweigerte neue Lebensmittel. Einen Überblick über mögliche Fütter- und Essprobleme bei 30 Monate alten Kleinkindern liefern auch Wright et al. (3). Die Autoren befragten in einer repräsentativen, nicht selektionierten Stichprobe 455 Eltern mittels Fragebögen zu unterschiedlichsten Themen im Zusammenhang mit der Ernährung ihres Kindes. 20 Prozent der Eltern gaben Essprobleme bei ihren Kindern an. Diese Kinder unterschied-

den sich signifikant von der Gesamtgruppe. In *Tabelle 1* sind die von den Eltern genannten Schwierigkeiten und elterliche Strategien im Umgang mit diesen Problemen aufgelistet.

Die Arbeit von Wright et al. (3) zeigt eindrücklich Probleme in der Eltern-Kind-Interaktion auf, welche im Kontext von Essschwierigkeiten beobachtet werden können. So versuchen Eltern in ihrer Verzweiflung, ihren Kindern immer wieder Alternativen anzubieten oder sie mit Filmen, Spielen oder anderen Stimuli abzulenken. Sehr häufig sind die Essenssituationen emotional aufgeladen, was wiederum zu dysfunktionalen Interaktionen und schliesslich zu einer dauerhaften Ess- und Fütterproblematik führen kann, beispielsweise wenn im Zusammenhang mit den Mahlzeiten strafende Massnahmen oder sogar Zwangsernährung erfolgen.

### Definitionen und Klassifikationen

In den letzten Jahren entwickelten sich die Definitionen beziehungsweise Klassifikation von Ess- und Fütterstörungen im frühen Kindesalter immer weiter, wobei dieser Prozess zum heutigen Zeitpunkt noch keineswegs abgeschlossen ist. Die Revision der bisherigen Definitionen war notwendig, da die Definitionen der traditionellen Klassifikationssysteme ICD und DSM (Internationale Klassifikation der Krankheiten bzw. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) für die Praxis weniger gut geeignet sind. So wird die «Fütterstörung im frühen Kindesalter» (F98.2) gemäss ICD-10 als «eine für das frühe Kindesalter spezifische Störung beim Gefüttertwerden» beschrieben (8). Wie in *Tabelle 2* dargestellt, müssen zur Vergabe der Diagnose nach ICD-10 bei einem Kind Nahrungsverweigerung oder ein Gewichtsverlust in Abwesenheit einer anderen psychischen oder organischen Krankheit beziehungsweise Nahrungsman- gel vorliegen.

Diese Definition ist in vielerlei Hinsicht problematisch, da sie die anhaltende Unfähigkeit, adäquat zu essen, nur sehr allgemein formuliert. Zum anderen wird eine mangelnde Gewichtszunahme beziehungsweise mangelndes Gedeihen vorausgesetzt. Gedeihstörungen sind jedoch nicht zwangsläufig mit Fütter- und Essstörungen assoziiert. Wie Chatoor (1) ausführt, sind Gedeihstörungen (failure to thrive) ein mögliches Symptom einer Fütter- und Essstörung im frühen Kindesalter, aber keine zwingende Voraussetzung für die Vergabe der Diagnose. In anderen Worten: Manche Fütterstörungen gehen mit einer mangelnden Gewichtszunahme einher, während andere Kinder trotz massiver Essstörung gut gedeihen.

Auch der Ausschluss medizinischer Krankheitsfaktoren ist kritisch zu bewerten. Natürlich müssen alleinige organische Ursachen für eine frühkindliche Fütter- und Essstörung ausgeschlossen werden. Auf der anderen Seite gibt es Kinder mit organischen Grunderkrankungen, die komorbid eine Fütter- und Essstörung entwickelten, welche trotz erfolgreicher Behandlung der Grunderkrankung nicht verschwindet. Ferner haben neuere Studien wiederholt zeigen können, dass komorbide psychische Störungen bei Fütter- und Essstörungen sehr häufig sind. Internalisierende (vor allem Angststörungen) und externalisierende Störungen (vor allem Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten), aber auch Autismus-Spektrum-Störungen sind typische komorbide

Störungen. Und abschliessend muss bemängelt werden, dass der interaktionelle Aspekt einer Fütterstörung vollkommen ausgeblendet wird.

Generell erscheint es sinnvoll, Fütterstörungen und Essverhaltensstörungen zu unterscheiden. Bei Fütterstörungen erfolgt die Nahrungsaufnahme in dyadischen Beziehungen, da ein unabhängiges Essen des Kindes aufgrund seines Entwicklungsstandes noch nicht möglich ist. Bei den Essverhaltensstörungen können Kinder unabhängig von ihren Bezugspersonen selber essen. Streng genommen sollte deshalb der Begriff «Fütterstörungen» auf Säuglinge oder Kinder mit Entwicklungsstörungen beschränkt sein, die nicht selbstständig essen können.

Von der Arbeitsgruppe ZERO-TO-THREE wurde 1994 mit der Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-3) erstmals ein multiaxiales Diagnosesystem zur Klassifikation psychischer Auffälligkeiten im Vorschulalter eingeführt. Dieses Klassifikationssystem wurde 2016 erneut überarbeitet (DC:0-5). Im Rahmen dieser Revision wurden die Fütterstörungen in «Essstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter» umbenannt und enthalten nun zwei Hauptklassen: Essstörung mit Überessen (overeating disorder) und Essstörung mit Nahrungsverweigerung (undereating disorder). Die Essstörung mit Nahrungsverweigerung entspricht den «frühkindlichen Fütterstörungen» der ICD-10, jedoch werden hier acht verschiedene Symptome unterschieden, durch welche sich die Essstörung manifestieren kann. Die DC:0-5 stellt die durchgängige Weigerung, altersadäquat zu essen, ins Zentrum der Definition. Dabei kann altersadäquat vielerlei bedeuten, und die Störung ist nicht zwangsläufig

**Gedeihstörungen sind nicht zwangsläufig mit Fütter- und Essstörungen assoziiert.**

**Tabelle 1:**  
**Fütter- und Essprobleme und elterliche Strategien**

#### Fütter- und Essprobleme

- 49% der Kinder assen sehr selektiv (picky eater)
- 39% bevorzugten Getränke gegenüber fester Nahrung
- 23% assen sehr langsam
- 18% waren am Essen nicht interessiert
- 18% wehrten sich gegen das Gefüttertwerden
- 4% verweigerten jegliche feste Nahrung

#### Strategien der Eltern

- 75% spielten während des Essens mit dem Kind
- 72% boten eine Alternative zum Essen an
- 67% benutzten den Fernseher oder Videos zur Ablenkung
- 53% drohten an, das Essen wegzunehmen
- 55% gaben keinen Nachtisch
- 52% gaben nichts zu essen bis zur nächsten Mahlzeit
- 28% nahmen das Essen weg
- 19% zwangen ihre Kinder zu essen
- 12% drohten körperliche Gewalt an
- 3% schlugen ihre Kinder

nach Wright et al. 2007 (3)

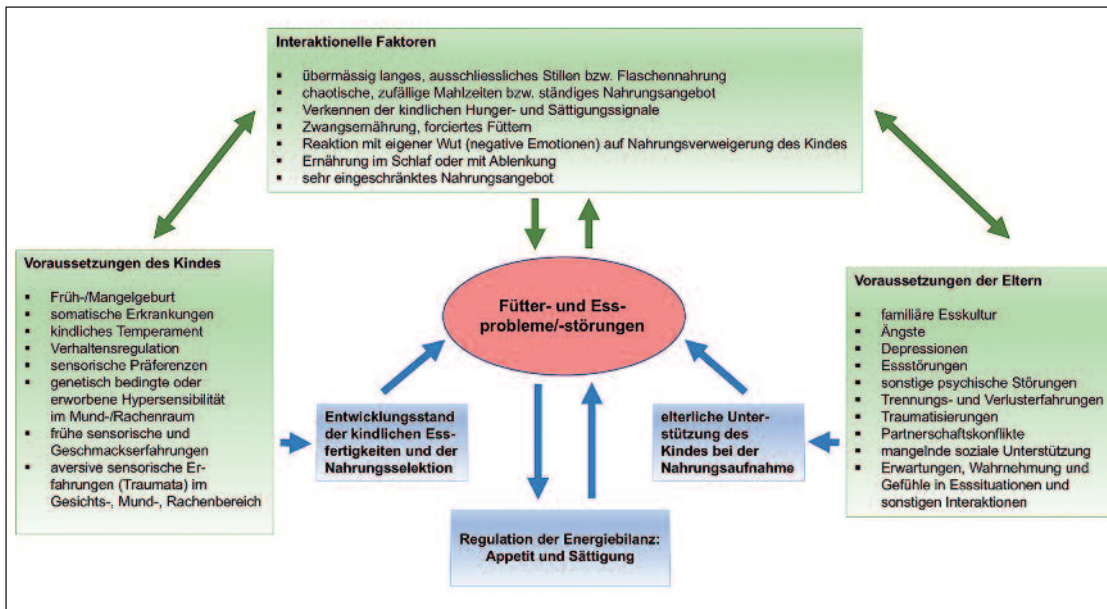


Abbildung: Pathogenese frühkindlicher Fütter- und Essstörungen

fig nur durch eine mangelnde Nahrungsaufnahme beziehungsweise Gewichtszunahme definiert, sondern kann auch bestimmte Verhaltensmuster umfassen, wie beispielsweise einen generellen Mangel an Interesse am Essen oder eine dysfunktionale Art zu essen (z.B. nur im Schlaf, extrem selektiv). Die genauen Kriterien einer Essstörung mit Nahrungsverweigerung nach DC:0-5 sind in *Tabelle 3* zu finden.

### Sondendependenz

Eine besondere Form der frühkindlichen Fütter- beziehungsweise Essstörung ist die Sondendependenz. Von Sondendependenz sprechen wir dann, wenn aufgrund erfüllter medizinischer Indikation die Sondenernährung beendet werden könnte, der Übergang zu einer ausreichenden oralen Ernährung vom Kind jedoch nicht gemeistert wird. Das Kind wird somit unbeabsichtigt von der ursprünglich nur als vorübergehend geplanten Sondierung ohne weitere medizinischen Indikation abhängig. Bei dieser Form der Fütterstörung haben wir es mit einem aktiven Widerstand beziehungsweise starker Abwehr gegenüber oraler Ernährung zu tun, die bei jedem Kontakt mit flüssigen, breiigen und festen Speisen erfolgt. Somit wird die Sondierung bei ausreichender körperlicher und oralmotorischer Funktion allein aufgrund der anhaltenden Nahrungsverweigerung fortgesetzt.

### Wie entstehen frühkindliche Fütter- und Essstörungen?

Das Essverhalten eines Säuglings beziehungsweise Kleinkindes entwickelt sich im Zusammenspiel komplexer Mechanismen, Erfahrungen sowie der Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind. In diesem Gefüge können jedoch auch Entwicklungsstörungen auftreten. Die anatomische und neurologische Reife beziehungsweise Funktionsfähigkeit ist Voraussetzung für das Gelingen des Ess- und Schluckvorgangs. Ein Säugling muss für die Umstellung von reiner Milchmahlung auf Löffelkost mit festen Anteilen verschiedene Fähigkeiten entwickelt haben, und er muss neue Nahrungsmittel bezüglich Geschmack und Textur akzeptieren. Auch bedarf die normale Essentwicklung einer förderlichen Interaktion

mit den Bezugspersonen, um beispielsweise neuen Geschmacksreizen begegnen zu können. Störungen dieser Entwicklungsschritte oder der Regulation von Appetit und Sättigung können zu Störungen in der Essentwicklung führen. Dies wiederum beeinflusst das Verhalten der jeweiligen Bezugspersonen, was wiederum rückwirkenden Einfluss auf das Essverhalten des Kindes haben kann.

### Frühkindliche Fütter- und Essstörungen sind vor allem als Folge komplexer Wechselwirkungen zwischen kindlichen, elterlichen und interaktionellen Faktoren zu verstehen.

Aufgrund dieses vielschichtigen Zusammenspiels der verschiedenen Einflussfaktoren auf das kindliche Essverhalten ist es naheliegend, dass die Pathogenese frühkindlicher Fütter- und Essstörungen vor allem als Folge komplexer Wechselwirkungen zwischen kindlichen, elterlichen und interaktionellen Faktoren verstanden werden muss (9) (siehe *Abbildung*).

### Frühgeburtlichkeit und weitere kindliche Risikofaktoren

Ein bedeutender Risikofaktor für die Entstehung von Fütterstörungen ist die Frühgeburtlichkeit, insbesondere dann, wenn diese mit Behinderungen oder neurologischen Störungen assoziiert ist oder intensivmedizinische

Tabelle 2:

### Diagnostische Kriterien für eine Fütterstörung im frühen Kindesalter nach ICD-10 (F 98.2)

- Ständiges Unvermögen, adäquat zu essen, kontinuierlich mangelnde Nahrungsaufnahme ohne deutliche Gewichtszunahme beziehungsweise mit deutlichem Gewichtsverlust, über einen Zeitraum von mindestens 1 Monat.
- Die Fütterstörung geht nicht auf eine Erkrankung des Magen-Darm-Trakts oder andere medizinische Krankheitsfaktoren (z.B. Reflux, neurologische oder endokrinologische Erkrankungen) zurück.
- Es liegt keine andere psychische Störung (Ruminationsstörung) oder Nahrungsmangel als Erklärung für die Fütterstörung vor.
- Der Beginn der Störung liegt vor dem 6. Lebensjahr.

Eingriffe im nasogastrischen Bereich (z.B. Sondierung, Absaugen) erforderlich macht. So zeigten beispielsweise Samara et al. (10), dass extrem kleine Frühgeborene (mittleres Gestationsalter 24,5 Wochen, mittleres Geburtsgewicht 749 g) selbst im Alter von 6 Jahren signifikant häufiger Essstörungen aufwiesen. Oralmotorische Schwierigkeiten, selektives Essen, Nahrungsverweigerung, Hypersensibilität und andere Verhaltensprobleme waren signifikant häufiger (OR zwischen 3,0 und 5,2). Auch Kinder mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen weisen erhöhte Raten an Fütter- und Essproblemen von bis zu 80 Prozent auf (1). Oft sind diese mit zusätzlichen Gedeihstörungen und Erkrankungen verbunden (11, 12). Im Kontext von Frühgeburtlichkeit oder Behinderungen sind oft multiple Ätiologien

### Zwischen dem 4. und 10. Lebensmonat sind Kinder für das Einführen von Löffelkost besonders empfänglich.

wirksam, vor allem bei Störungen der Mundkoordination, muskulärer Hypotonie, Erbrechen, eingeschränkter motorischer Aktivität, Kommunikationsschwierigkeiten mit der Unfähigkeit, Sättigung und Hunger mitzuteilen, Medikamentennebenwirkungen und elterlichen Belastungssymptomen.

Auch eine gastroösophageale Refluxerkrankung kann als Ursache für die Entwicklung einer Fütterstörung infrage kommen. So fanden beispielsweise Rommel et al. (13) bei 42,5 Prozent von 700 untersuchten Kindern mit Fütterstörungen einen gastroösophagealen Reflux. Chatoor (1) betont, dass ein unerkannter gastroösophagealer Reflux, bei dem Magenflüssigkeit in die Speiseröhre zurückfließt, mit Weinen und Abwehr während der Mahlzeiten assoziiert sein kann.

Nach Bernard-Bonnin (14) müssen im Kontext der Entstehung von Fütterstörungen auch strukturelle und neurologische Störungen beachtet werden. Hier sind vor allem

Fehlbildungen des Nasen-/Rachenraumes, wie zum Beispiel Lippen-/Kiefergaumenspalten, das Pierre-Robin-Syndrom und Makroglossie oder auch Fehlbildungen von Luft- und Speiseröhre in Form von Zysten, Fisteln und Stenosen zu nennen. Auch mund- und rachenmotorische und sensorische Störungen sind im Kontext mit Fütter- und Essstörungen im frühen Kindesalter häufig. Insbesondere oralmotorische oder sensorische Störungen sowie Saugstörungen, welche die Fütterung beeinträchtigen, werden vermehrt berichtet. Weiterhin können neurologische und sonstige chronische Erkrankungen und Behinderungen das Risiko erhöhen (9).

Kindliche Temperamenteigenschaften, wie beispielsweise ein «hyperarousal», sensorische Präferenzen, genetisch bedingte und erworbene Hypersensibilität im Mund-/Rachenraum sowie negative sensorische Erfahrungen (z.B. beim Absaugen oder Erbrechen) können ebenfalls ursächlich beziehungsweise aufrechterhaltend sein.

### Nahrungsmittelallergien

Neben den genannten Risikofaktoren stellen Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten sowie die damit einhergehenden Einschränkungen im Nahrungsangebot ebenfalls einen erheblichen Risikofaktor für Ernährungsprobleme im frühen Kindesalter dar. So wiesen zirka 5 Prozent der untersuchten Kinder mit Fütterstörungen eine Nahrungsmittelallergie auf. Typische komorbide Symptome waren dabei Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen, Verstopfung, Asthma, Rhinitis, Konjunktivitis, atopische Dermatitis, oropharyngealer Pruritus und oropharyngeale Ödeme, Dysphagie, Gedeihstörungen und anaphylaktische Reaktionen (15). Dabei können Fütterstörungen persistieren, selbst wenn die allergieauslösenden Nahrungsmittel vermieden werden.

### Psychische Störungen der Eltern

Generell sind elterliche psychische Störungen ein bedeutender Risikofaktor für die Entwicklung kindlicher psychischer Störungen. Gerade Depressionen oder Angststörungen, aber auch Essstörungen scheinen einen möglichen Effekt auf die kindliche Ernährungsentwicklung zu haben. Jedoch ist die bisherige Befundlage nicht ganz eindeutig. Einige Studien zeigen Zusammenhänge zwischen mütterlichen Essstörungen und Problemen beim Füttern und Essen der Kinder auf, in anderen Studien wiederum finden sich keine Zusammenhänge (16) oder sogar gewisse positive Effekte dahingehend, dass die Qualität der verzehrten Nahrung bei den Kindern dieser Mütter besser war (17).

Negative Zusammenhänge zwischen Fütterproblemen und mütterlichen psychischen Störungen wurden unter anderem in der ALSPAC-Longitudinalstudie mit 1250 Müttern und Säuglingen untersucht. Hier konnten Micali et al. (18) zeigen, dass Kinder von Müttern mit einer Anorexia nervosa am häufigsten Fütter- und Essproblemen hatten. Kinder von Müttern mit Bulimia nervosa verweigerten lediglich häufiger feste Nahrung. Als vermittelnde Variablen zwischen einer mütterlichen Essstörung und kindlichen Fütterproblemen wurde die mütterliche Belastung (Depressionen/Angst) identifiziert (19). Auch de Barse et al. (20) fanden eine hohe prospektive Vorhersagekraft elterlicher internalisierender Störungen

Tabelle 3:

#### Essstörung mit Nahrungsverweigerung: diagnostische Kriterien nach DC:0-5

- A. Das Kind isst durchgängig weniger, als für sein Alter zu erwarten wäre.
- B. Das Kind zeigt mindestens eines der folgenden Symptome:
  - durchgehender Mangel an Interesse am Essen
  - ängstliche Vermeidung von Essen
  - Schwierigkeiten, den eigenen Wachheits- beziehungsweise Erregungsgrad so zu regulieren, dass eine Nahrungsaufnahme möglich ist (z.B. Kind fällt immer wieder in den Schlaf oder ist zu erregt, um in Ruhe Nahrung aufzunehmen)
  - Nahrungsaufnahme nur im Schlaf möglich
  - jegliche feste Nahrung wird verweigert beziehungsweise der Übergang zur festen Nahrung ist bisher nicht gelungen
  - Nahrung wird nur aufgenommen, wenn bestimmte, vom Kind erzwungene Bedingungen durch die Bezugspersonen erfüllt werden (z.B. Essen nur vor dem Fernsehen)
  - extrem selektives Essverhalten, bei dem bestimmte Lebensmittel aufgrund ihrer Farbe oder Textur abgelehnt werden oder nur eine sehr kleine Auswahl an Nahrungsmitteln akzeptiert wird
  - langes Zurückhalten der im Mund befindlichen Nahrung, ohne zu schlucken
- C. Das maladaptive Essverhalten kann nicht besser durch Nebenwirkungen von Medikamenten oder körperliche Erkrankungen erklärt werden.
- D. Die Störung beziehungsweise die Reaktionen auf die Symptome beeinträchtigt signifikant die Funktionsweise des Kindes oder seiner Familie.

**Dauer:** Die Symptome müssen seit mindestens einem Monat vorliegen.

(Angststörungen, Depressionen) für Essprobleme bei Vorschulkindern (picky and fussy eating). Umgekehrt untersuchten Whelan und Cooper (21) Mütter von Kindern, die bereits eine Fütterstörung entwickelt hatten, und fanden keine erhöhten Raten affektiver Störungen bei den Müttern; jedoch berichteten diese Mütter signifikant häufiger von eigenen Essstörungen.

### Interaktionelle Faktoren

Weiterhin sind interaktionelle Faktoren im Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Fütterstörungen bedeutsam. Beispielsweise kann ein übermässig langes ausschliessliches Stillen beziehungsweise die alleinige Ernährung mit Milch ohne jegliches Angebot neuer Geschmacks- und Texturreize zu einer Fütterstörung führen, da es für das Einführen von Löffelkost sensible Phasen gibt, in denen Kinder besonders empfänglich für die Einführung neuer Texturen und Geschmacksmodi sind. Diese sensible Phase liegt etwa zwischen dem 4. und 10. Lebensmonat (22). Wird diese sensible Phase nicht wahrgenommen, können sich Kinder zwar auch noch zu einem späteren Zeitpunkt an feste Nahrung gewöhnen, jedoch sinkt ihre Bereitschaft dazu deutlich.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Fütterinteraktion, welcher besonders kritisch im Kontext von Fütterstörungen zu sein scheint, ist die elterliche Akzeptanz kindlicher Autonomiebedürfnisse und die Konsistenz beziehungsweise Konsequenz im Fütterverhalten der Eltern. Beides wurde durch de la Osa, Barraza und Ezpeleta (5) eindrücklich gezeigt. So kommt es infolge kindlicher Nahrungsverweigerung gehäuft zu Zwangsernährung oder forciertem Füttern. Dies geschieht oftmals aus Verzweiflung der Eltern. Sie geraten aufgrund der wiederholten Ablehnung der angebotenen Mahlzeiten unter Druck, haben Angst um die Gesundheit und das Gedeihen ihres Kindes und reagieren dann mit negativen Emotionen auf die Nahrungsverweigerung ihres Kindes. Teilweise kommt es im Kontext der Verweigerung zu einer deutlichen Einschränkung des Nahrungsangebots oder auch zur Ernährung im Schlaf beziehungsweise mit Ablenkung, wodurch wiederum entscheidende Entwicklungsimpulse fehlen (23). Das Verkennen kindlicher Hunger- und Sättigungssignale ist vor allem dann ein Risikofaktor für eine Fütterstörung, wenn es in den sensiblen Phasen der Essentwicklung immer wieder zu langen Phasen der Nahrungsabstinenz oder zu einem ständigen Anbieten von Nahrung kommt. Letzteres kann jedoch auch eine spezifische Form des forcierten Fütterns sein. Insbesondere im Kontext mütterlicher Essstörungen wurden chaotische und zufällige Mahlzeiten als Einflussfaktor für Fütterstörungen identifiziert.

### Behandlungsmöglichkeiten

Aus der Vielschichtigkeit der Problematik ergibt sich die Notwendigkeit eines multidisziplinären Betreuungsansatzes. Notwendige Voraussetzung für eine Behandlung ist die vorangegangene ausführliche diagnostische Abklärung. Dabei steht neben der allgemeinen Anamnese, der spezifischen Essanamnese und einer pädiatrischen Untersuchung auch die Beobachtung einer oder mehrerer Mahlzeiten durch erfahrene Logopäden und Psychotherapeuten im Zentrum.

Organische Grunderkrankungen sollten durch Spezialisten wie Neuropädiater, pädiatrische Gastroenterologen, Pneumologen, Radiologen und HNO-Fachärzte ausgeschlossen und behandelbare, für die Essstörung ursächliche Erkrankungen möglichst frühzeitig erkannt und therapiert werden.

Wegen der Komplexität von Fütter- und Essstörungen ist meist ein multiprofessioneller Behandlungsrahmen mit verschiedenen Therapiebausteinen notwendig. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt eindeutig auf interaktionellen Elementen. Bei der Behandlung frühkindlicher Fütter- und Essstörungen gelten die allgemeinen Grundprinzipien der Therapie bei jungen Kindern. Sie umfassen Beratung, Entwicklungsberatung und Psychoedukation, Elterntaining, Eltern-Kind-Interaktionstherapien (zum Teil videogestützt) sowie verhaltenstherapeutische und psychodynamische Verfahren.

Dennoch gibt es bei Fütter- und Essstörungen Besonderheiten, die beachtet werden müssen. Die Therapie ist zum Teil kompliziert, aufwendig und langwierig. Die absolute Voraussetzung für eine gelingende Behandlung ist eine positive Beziehung zum Kind und zu seinen Eltern. Deshalb nimmt die therapeutische und die Eltern-Kind-Beziehung eine herausragende Stellung ein. Sie ist Grundlage der Therapie, um das Kind zu aktivieren und damit einhergehend die orale Funktion zu ermöglichen. Nur wenn das Kind sein System des sozialen Engagements in der Füttersituation aktiviert, kann es seine orale Funktion abrufen.

Tabelle 4:

### Allgemeine Essregeln

- **Gemeinsam am Tisch sitzen und essen.** Wenn möglich das Gleiche essen wie die anderen Familienmitglieder. Das Kind sollte nicht allein essen.
- **Das Essen darf ertastet werden.** Immer etwas anbieten, das auch mit den Fingern gegessen werden kann (Biscuits, Chips, Ravioli).
- **Die Bezugsperson bestimmt, wann, wie oft und was angeboten wird.** Das Kind soll bestimmen, wie viel es essen mag.
- **regelmässige Nahrungsangebote mit Nahrungspausen**
- **3 Haupt- und 2 Zwischenmahlzeiten**
- **Begrenzung der Mahlzeitendauer, zum Beispiel auf 20 Minuten für eine Zwischenmahlzeit und 30 Minuten für Hauptmahlzeit**
- **Wegräumen des Essens nach 5 bis 10 Minuten, falls das Kind, ohne weiterzuessen, spielt.**
- **Beendigung der Mahlzeiten, wenn das Kind Essen in Wut umherwirft**
- **kleine Portionen**
- **feste Nahrung zuerst, Flüssigkeiten später**
- **Unterstützung von aktivem Essen der Kinder**
- **Der Mund wird nur nach Ende der Mahlzeiten abgewischt oder wenn das Kind es verlangt.**
- **ausser Wasser und Tee (ungesüsst) kein Nahrungsangebot zwischen den Mahlzeiten**
- **klare Trennung von Mahlzeiten und Spielzeiten**
- **Essen und Trinken anbieten, nicht ständig darüber sprechen**
- **keine materielle Belohnung (z.B. Spielsachen oder Ähnliches) für gutes Essen**
- **Essen nie als Belohnung oder Geschenk**
- **kein Forcieren der Nahrungsaufnahme**
- **vermeiden von Ablenkung (Smartphone, TV, Spielsachen, Bücher)**

Bei leichten, transienten Fütterungsproblemen bei gesunden Kindern ist eine ambulante Behandlung durchführbar. Oft genügt eine einfache Beratung der Eltern. Spezielle Therapiebausteine umfassen bei Neugeborenen und Säuglingen zunächst eine Stillberatung. Inadäquate Wahrnehmung kindlicher Signale, eine ungünstige Haltung, zu häufige wie auch zu seltene Stillzeiten, zu grosse wie auch zu geringe Stillmengen, Koordinationsprobleme bei Saugen und Atmung, wie auch Vigilanzprobleme des Kindes können Schwerpunkte der Stillberatung sein.

Bei älteren Kindern sollte die Beratung die Vermittlung von allgemeinen Essensregeln enthalten (vgl. *Tabelle 4*).

### Wann ist eine stationäre Behandlung nötig?

Bei schweren, chronifizierten Problemen sowie bei schweren organischen Begleiterkrankungen oder einer tiefgreifenden Beziehungsstörung ist meist eine stationäre Behandlung mit einem interdisziplinären Therapeutenteam indiziert. Der wesentliche Pfeiler der Therapie bei frühkindlichen Ess- und Fütterstörungen ist eine Essstherapie, begleitet von spezialisierten Logopäden und

Psychotherapeuten. Bei Schluck- und Kauschwierigkeiten kann vorgängig ein Training der oralen Sensibilität und der Mundmotorik notwendig sein. Unter stationären Bedingungen erfolgt

ein graduelles Essenstraining durch erfahrenes Pflegepersonal. Eine Tagesstrukturierung der Mahlzeiten mit Phasen von Nahrungsabstinenz ist notwendig, um das Hungergefühl des Kindes zu aktivieren. Daneben ist es notwendig, videogestützte Psychotherapien speziell der Essenssituation durchzuführen. Die Aufnahmen werden anschliessend mit den Eltern angeschaut und reflektiert, wobei zunächst positive Interaktionen herausgesucht werden und man sich allmählich den problematischen Momenten annähert.

### Stress vermeiden!

Während der gesamten Behandlungsphase ist es von zentraler Bedeutung, Stress zu vermeiden, denn Stress stellt für das Kind eine Bedrohung dar und führt deshalb zu Kampf- oder Fluchtverhalten (Abwehr des Essens). Stress kann durch Traumatrigger (z.B. Löffel oder andere Gegenstände, bestimmte Positionen, Anforderungen oder Nahrungsmittel), aber auch durch stressauslösende Handlungen während der Therapie (z.B. Belastungen der Eltern, zu schnelles und häufiges Anbieten von Nahrung) ausgelöst werden. Auch Hunger kann ein solcher Stressor sein. Bei der Behandlung von Fütterstörungen ist deshalb darauf zu achten, dass das Kind zwar Appetit erlebt, jedoch nicht durch zu viel Hunger belastet wird. Mehr Hunger bedeutet nicht mehr essen! Vielmehr bedarf es der Sensitivität des Teams, Stressäusserungen frühzeitig wahrzunehmen und Stressauslöser zu vermeiden.

In diesem Kontext ist auch die Vorhersagbarkeit aller Handlungen für das Kind und die Eltern wichtig. Aus diesem Grund sollte es zum einen vor und während der Behandlung regelmässige Teambesprechungen mit den Eltern geben, um alle Schritte klar und vorhersehbar zu machen. Für das Kind bedeutet Vorhersehbarkeit in den

Füttersituationen, dass die Handlungsabfolge klar strukturiert und vom Kind geleitet sein muss. Im Detail bedeutet das: Mutter/Bezugspfleger nimmt den Löffel/Finger mit Nahrung auf, das Kind bewegt sich auf den Löffel/Finger zu, beide öffnen den Mund und das Kind nimmt die Nahrung vom Löffel/Finger ab. Dann nimmt die fütternde Person den Löffel wieder zurück und füttert den nächsten Löffel. Während der gesamten Situation werden die Signale des Kindes beobachtet und respektiert. Die Handlungsabfolge im Falle einer Fütterstörung ist jedoch häufig chaotisch und für Kind und Eltern unvorhersehbar: Der Löffel bewegt sich auf den Mund zu, das Kind dreht den Kopf weg. Die Eltern versuchen nun den Löffel doch zu füttern und folgen deshalb dem Kind hektisch und schnell. Es beginnt eine Abwehr-Nachfolge-Routine. Diese ist jedoch nicht adaptiv, und sowohl das Kind als auch die Mutter werden hektisch. Das Erleben wird nicht integriert, und eine klare Handlungsabfolge wird nicht gebildet.

### Weitere Massnahmen

Bei frühkindlichen Fütter- und Essstörungen besteht bei den Eltern oft eine erhebliche psychische Belastung. Deshalb ist über die bereits genannten Therapiebausteine hinaus oft auch eine individuelle psychotherapeutische Begleitung der Eltern notwendig. Diese sollte möglichst frühzeitig Überlastungssymptome abfangen und die intuitiven elterlichen Kompetenzen fördern, um somit den kindlichen Symptome entgegenzuwirken.

Bei manchen Familien sind auch Jugendhilfemassnahmen, wie zum Beispiel sozialpädagogische Familienbegleitung oder ein Tagesheim, nach der Entlassung notwendig, um die Therapieerfolge aufrechtzuerhalten und Rückfälle zu vermeiden.

#### Korrespondenzadresse:

Margarete Bolten  
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik  
Kornhausgasse 7  
4051 Basel  
E-Mail: margarete.bolten@upkbs.ch

Interessenlage: Die Autorin deklariert, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

#### Literatur:

1. Chatoor I: Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern -Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta, 2016.
2. McDermott BM et al.: Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: physical and psychosocial predictors from a birth cohort study. *J Dev Behav Pediatr* 2008; 29(3): 197–205.
3. Wright CM et al.: How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics* 2007; 120(4): e1069–1075.
4. Skovgaard AM: Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull* 2010; 57(10): B4193.
5. de la Osa N, Barraza R, Ezpeleta L.: The influence of parenting practices on feeding problems in preschoolers. *Accion Psicologica* 2015; 12(2): 143–154.
6. Emde RM, Wise BK: The cup is half full: Initial clinical trials of DC: 0-3 and a recommendation for revision. *Infant Mental Health Journal* 2003; 24(4): 437–446.
7. Equit M et al.: Comparison of ICD-10 and DC: 0-3R diagnoses in infants, toddlers and preschoolers. *Child Psychiatry Hum Dev* 2011; 42(6): 623–633.
8. Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (5. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber, 2006.
9. von Hofacker N: Frühkindliche Fütterstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2009; 157(6): 567–573.

10. Samara M et al.: Eating problems at age 6 years in a whole population sample of extremely preterm children. *Dev Med Child Neurol* 2010; 52(2): e16–22.
11. Andrew MJ et al.: Optimising nutrition to improve growth and reduce neurodisabilities in neonates at risk of neurological impairment, and children with suspected or confirmed cerebral palsy. *Bmc Pediatrics* 2015; 15.
12. Andrew MJ, Parr JR, Sullivan PB: Feeding difficulties in children with cerebral palsy. *Arch Dis Childhood-Education Practice Edition* 2012; 97(6): 222–229.
13. Rommel N et al.: The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 37(1): 75–84.
14. Bernard-Bonnin AC: Feeding problems of infants and toddlers. *Can Fam Physician* 2006; 52(10): 1247–1251.
15. Haas AM: Feeding disorders in food allergic children. *Curr Allerg Asthma Rep* 2010; 10(4): 258–264.
16. de Barse LM et al.: Does maternal history of eating disorders predict mothers' feeding practices and preschoolers' emotional eating? *Appetite* 2015; 85: 1–7.
17. Nguyen AN et al.: Maternal history of eating disorders: Diet quality during pregnancy and infant feeding. *Appetite* 2017; 109: 108–114.
18. Micali N, Simonoff E, Treasure J: Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr* 2009; 154(1): 55–60.
19. Micali N et al.: (2011). Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *J Child Psychol Psychiatr* 2011; 52(7): 800–807.
20. de Barse LM et al.: Are parents' anxiety and depression related to child fussy eating? *Arch Dis Child* 2016; 101(6): 533–538.
21. Whelan E, Cooper PJ: The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study. *Psychol Med* 2000; 30(1): 69–77.
22. Harris G, Mason S: Are there sensitive periods for food acceptance in infancy? *Curr Nutr Rep* 2017; 6(2): 190–196.
23. Wilken M et al.: (2017). Den Entwicklungspfad wieder aufnehmen bei frühkindlicher Fütterstörung und Sondenentwöhnung. *Sprachtherapie aktuell: Forschung – Wissen – Transfer: Schwerpunktthema: Intensive Sprachtherapie* 2017; 4(1): 1–10.