

Fütter- und Essstörungen im frühen Kindesalter: Wie sehen therapeutische Hilfen für Eltern aus?

Frühkindliche Fütter- und Gedeihstörungen – gerade bei chronisch kranken oder behinderten Kindern – resultieren zumeist aus komplexen kindlichen und elterlichen Belastungen sowie interaktiven Auffälligkeiten in der Füttersituation. Wegen der Belastungen und ihren Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung sollten Fütterstörungen – so früh wie möglich behandelt werden.

Von
Nikolaus von Hofacker

„...mein Kind will einfach nicht essen, ich bin ganz verzweifelt und habe schon so viel versucht, gut zuzureden, abzulenken, alles Mögliche, nichts hilft! Marco verweigert einfach die Nahrung. Ein paar Löffel gehen meist ganz gut, und dann geht der Kampf los, wir handeln um jeden weiteren Löffel. Ich mache mir solche Sorgen. Der Kinderarzt hat schon gesagt, wenn es so weitergeht, müssen wir in die Klinik, und unser kleiner Marco muss vielleicht die Sonde bekommen. Was sollen wir bloß tun?“

Existenzielle Ängste um das (kranke) Kind

So oder so ähnlich wenden sich Eltern von Säuglingen oder Kleinkindern, die nicht essen wollen, oft hilfeschend an Therapeuten. Ihre Not ist groß, nicht zuletzt auch, weil es bei anhaltender Nahrungsverweigerung im Gegensatz zu unstillbarem Schreien oder Schlafstörungen früher oder später immer um eine existenzielle Bedrohung des Kindes geht, real oder von den Eltern befürchtet: Essen und Trinken ist (über-)lebensnotwendig, gerade und besonders für Eltern von chronisch kranken oder behinderten Kindern. Sie haben oft wegen der Grunderkrankung und der medizinischen Probleme des Kindes existenzielle Ängste um das Kind durchstehen müssen. Nur zu oft schränkt die Behinderung oder Erkrankung des Kindes darüber hinaus seinen Gesundheitszustand auch dauerhaft ein. Ein weiteres Problem für Eltern: Die Fütterprobleme gehen, zumal im jungen Säuglingsalter, nicht selten mit regulatorischen Problemen in zusätzlichen Bereichen, Schlafproblemen, unstillbaren Schreiphasen, vermehrter kindlicher Irritabilität einher.

Die Eltern greifen in ihrer Not auf unterschiedliche Strategien zurück, um das Kind



zum Essen zu bringen: Sie versuchen das Kind abzulenken, ihm immer wieder zwischendrin etwas anzubieten oder sehr lange Pausen einzulegen, damit das Kind dann umso hungriger wird. Manchmal lässt sich das Kind nur noch im Halbschlaf oder Schlaf füttern. Einige Säuglinge oder Kleinkinder reagieren auch schon auf den Anblick der Nahrung mit panikartigem Schreien, so, als passiere jetzt etwas hoch Bedrohliches. Sie lassen dann gar keine Berührung im Mund-/Gesichtsbereich mehr zu, zumindest im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme. Und so geraten die Eltern allmählich in einen sich aufschaukelnden Teufelskreis: Die Erkrankung des Kindes oder seine Behinderung sind eine Risikobedingung, die durch die Nahrungsverweigerung verschärft wird. Mehr und mehr üben die Eltern Druck auf das Kind aus oder zwingen es gar zum Essen. Das Kind reagiert darauf häufig mit einer Verschärfung seiner Nahrungsverweigerung.

Wann liegt eine ernste Fütterstörung vor?

Viele Fütterprobleme sind im Säuglingsalter jedoch vorübergehend, etwa nach akuten Infekten, weshalb man von Fütterstörung erst sprechen sollte, wenn die Fütterprobleme über einen Monat andauern. Behandlungsbedürftig sind sie immer dann, wenn die Eltern deshalb Hilfe aufsuchen. Als objektiver Hinweis kann gewertet werden,

wenn der Säugling/das Kleinkind häufiger als alle zwei Stunden gefüttert wird oder wenn die einzelne Mahlzeit länger als 45 Minuten dauert. Die meisten Fütterstörungen beeinträchtigen das Gedeihen nicht oder zunächst nicht. Für die Definition der Gedeihstörung bewährt sich, eine zeitbezogene Definitionen zu verwenden. Danach liegt bei Säuglingen, die bei Geburt bereits untergewichtig sind (SGA) eine Gedeihstörung vor, wenn sie mehr als einen Monat lang nicht zunehmen. Sind die Säuglinge bei Geburt normalgewichtig und zum Zeitpunkt der Fütterstörung noch weniger als ein halbes Jahr alt, gilt: Bei Gewichtsverlust von mehr als zwei Perzentilenkurven oder Gewichtsstillstand über mindestens zwei Monate liegt eine Gedeihstörung vor. Bei Säuglingen, die über sechs Monate alt sind, entspricht dieser Toleranzzeitraum dagegen drei Monaten.

Extreme Belastungen für Eltern und Kinder

Kindliche und elterliche Belastungen begegnen sich auf der Bühne täglicher Füttersituationen. Die kindliche Nahrungsverweigerung, Schwierigkeiten in der Füttersituation aufgrund einer Behinderung oder chronischen Erkrankung belasten die Eltern früher oder später, nicht selten in Wechselwirkung mit ihren Ängsten um das Gedeihen und Überleben des Kindes. Die Eltern üben auf das Kind Druck aus oder versuchen, es auf unterschiedliche Art abzulenken. Durch interessante Angebote, wie Vorlesen oder Geschichten-Erzählen, lernt das Kind, dass die Mahlzeit eigentlich umso interessanter wird, je mehr es die Nahrung verweigert, dagegen die Ablenkungsangebote nachlassen, wenn es gut isst. Die Kinder bekommen damit viel Aufmerksamkeit, wenn sie nicht essen, dagegen kaum Rückmeldung, wenn sie Interesse an der Nahrung zeigen. Früher oder später wird jedoch jedes neue Angebot



langweilig, und so geraten Kind und Eltern in eine Sackgasse, in der immer aufwendigere Ablenkungsangebote vonnöten sind. Während des Fütterns überwiegen nun mehr und mehr negative Emotionen sowohl auf Seiten des Kindes wie auf Seiten der Eltern, womit die gesamte Situation immer konflikthafter wird.

Komplexe Therapiemuster für komplexes Krankheitsbild

Grundsätzlich empfiehlt sich für die Therapie von Fütterstörungen gerade wegen der häufigen Komplexität ein multiprofessionelles Vorgehen. Dieses schließt verschiedene Fachdisziplinen ein wie die Pädiatrie, Entwicklungspsychologie, Krankengymnastik, Logopädie, Eltern-Kleinkind-Psychotherapie und Weiteres mehr.

Nach der oft langwierigen Konsultation unterschiedlicher Spezialisten ist die Verunsicherung der Eltern von Kindern mit Fütterstörungen oft groß. Umso wichtiger ist es, ihnen in einer nicht wertenden, annehmenden Grundhaltung entgegenzutreten. Dabei gilt es, neben den Belastungen ihre elterlichen Kompetenzen anzuerkennen und zu respektieren. In einem solchen Milieu können Eltern auch Vertrauen fassen.

Die Eltern sollten zunächst über die normale Entwicklung des Essverhaltens im ersten Lebensjahr sowie die qualitativ und quantitativ altersgerechte Ernährung des Säuglings informiert werden. Dazu zählt aber auch, ihnen die Bedeutung von Hunger und Sättigung für die Regulation der Nahrungsaufnahme nahe zu bringen und Möglichkeiten auszuloten, wie Hunger- und Sättigungssignale erkannt werden können. Für Eltern von behinderten oder chronisch kranken Kindern gibt es keine „Normen“ in der Entwicklung. Hier gilt es, mit den Eltern die individuell anstehenden oder zu erwartenden Entwicklungsschritte zu erörtern, in deren Kontext die Fütterproblematik steht. Oft ist man dabei erstaunt, welche verzerrten Vorstellungen Eltern – auch als Folge der medialen Überflutung oder so genannter Expertenmeinungen – zu Ernährungsfragen und zum kindlichen Gedeihen haben.

Einsatz von Videos häufig sehr hilfreich

Zunächst einmal müssen bei der Therapie die Gründe dafür gesucht werden, warum das Füttern nicht klappt und in welcher



Fotolia | Franz Pfluegl

Form Interaktionen und Beziehungen gestört sind. Dazu ist der Einsatz videografierter Füttersituationen (Videofeedback) sehr hilfreich. Allerdings sollte dies behutsam und wohlüberlegt erfolgen: Im Sinne eines kompetenzstärkenden Vorgehens sollte den Eltern zunächst eine gelingende Fütterepisode gezeigt werden, sei sie auch noch so kurz. Anhand dieser Episode kann gemeinsam überlegt werden, warum in diesem besonderen Moment die Füttersituation gerade entspannt abläuft. Im Gegensatz dazu können dann Sequenzen gezeigt werden, in der das Füttern nicht funktioniert. Hier sollte dann gefragt werden, warum die Interaktion im Unterschied zu ersteren Episoden hier entgleist. Therapiefortschritte können mittels Videofeedback nicht nur dokumentiert, sondern den Eltern anhand konkreter Beispiele aufgezeigt und rückgemeldet werden. Bei den Eltern behinderter Kinder spielt das „richtige“ Lesen der oft unklaren kindlichen Signale eine große Rolle. Hier brauchen die Eltern Unterstützung, Lesehilfen durch den Therapeuten, wofür das Videofeedback sehr hilfreich sein kann.

Somatische Grund- oder Begleiterkrankungen müssen in jedem Fall ausreichend berücksichtigt und mitbehandelt werden (Kooperation mit Pädiatrie/Pädiater). Füt-

Die Vollversionen aller in Kinder Spezial gekürzten Schwerpunktbeiträge werden Anfang 2009 in zwei neuen Publikationen des Kindernetzwerkes über „Essstörungen“ und „Adipositas im Kindes und Jugendalter“ erscheinen.

Kooperationspartner des Kindernetzwerkes für diesen Schwerpunktteil in **KINDER SPEZIAL** sowie auch für die beiden geplanten Publikationen 2009 ist die Deutsche Angestellten Krankenkasse in Hamburg (DAK).

terprobleme haben immer einen konkreten körperlichen Aspekt: die elterliche Sorge um das Gedeihen des Kindes, gleich ob diese begründet ist oder nicht. Bei Eltern chronisch kranker oder behinderter Kinder müssen außerdem die spezifischen Wechselwirkungen zwischen Grunderkrankung, Ernährungs- und Stoffwechselstatus (katabol versus anabol) sowie der Füttersituation genau erörtert werden. Werden diese vital-somatischen Aspekte nicht ausreichend in die Therapie einbezogen, haben die Eltern rasch das Gefühl, es werde nur „psychologisiert“, und glauben, für das körperliche Wohl selbst Sorge tragen zu müssen. Hierdurch kann der weitere Vertrauensaufbau zwischen Eltern und Therapeut maßgeblich behindert werden.

Heikler Prozess: Kindliche Selbststeuerung der Nahrungsaufnahme

Vor den folgenden Schritten ist dann mit den Eltern zu klären, inwieweit sie dem Kind zutrauen, die Nahrungsaufnahme entsprechend seinen entwicklungsgegebenen Fähigkeiten selbst zu regulieren. Diese Klärung ist bei chronisch kranken oder behinderten Kindern besonders heikel, weil Eltern die Möglichkeiten ihres Kindes, die Nahrungsaufnahme selbst zu steuern, oft erheblich unterschätzen. Erst wenn individuell geklärt ist, wie viel die Eltern dem Kind an Selbststeuerung zutrauen, kann die externe, häufig sehr konflikthafte elterliche Kontrolle der Nahrungsaufnahme schrittweise gelockert werden.

Um die Nahrungsaufnahme zu strukturieren, sollte erst der Tagesablauf festgelegt werden. Dabei sind auch feste Nahrungspausen einzuplanen, um Hunger als Motivation zur Nahrungsaufnahme zu ermöglichen. In den Nahrungspausen sollte das Kind allenfalls nichtgesüßte Flüssigkeiten in nicht zu großen Mengen trinken, da große Mengen Flüssigkeit über den Füllungsdruck des Magens rasch ein Sättigungsgefühl erzeugen. Außerdem ist zu beachten, dass selbst hochverdünnte Fruchtschorlen das Hungergefühl empfindlich dämpfen können. Die Zuständigkeiten zwischen Mutter/Eltern und Kind müssen klar geregelt sein. Die Eltern bestimmen Zeitpunkt und Frequenz eines altersadäquaten, ausgewogenen Nahrungsangebotes, das Kind entscheidet anhand von Hunger- oder Sättigungssignalen, ob und wie viel es essen möchte. Es soll-

te kein Nahrungsangebot erfolgen, ohne dass das Kind Bereitschaft zeigt.

Nur wenn die Ess-/Fütter- und Spielphasen strikt getrennt werden, kann das Kind lernen, zwischen den unterschiedlichen Funktionen von Fütter-/Ess- und Spielsituationen zu differenzieren. Zeigt das Kind erste Anzeichen von Hunger, Durst oder Interesse an der Nahrung, sollte es authentisch gelobt und ihm ein emotional positives Feedback gegeben werden. Elterliche Ablenkung während der Nahrungsaufnahme, insbesondere aber die Ausübung von Druck, Forcierung oder Zwang sollten hingegen vermieden werden. Falls das Kind partout nicht essen möchte, erfolgen weitere Nahrungsangebote erst nach einem gemeinsam abgesprochenen Zeitrahmen. Bei wiederholter Provokation/Desinteresse sollte die Füttersituation nach vorheriger Ankündigung abgebrochen werden. Und schließlich: Die Esssituation sollte so gestaltet sein, dass Kind und Eltern sie als etwas Angenehmes, Lustvolles mehr und mehr entspannt erleben können.

Posttraumatische Fütterstörungen

Wegen der oft massiven, traumatisch bedingten Nahrungsabwehr wird das beschriebene Vorgehen, vor allem Hunger als Motivation zu essen, anfangs nicht allein zum Erfolg führen. Denn häufig sind die aufgestauten Ängste des Kindes vor Berührung im

Etliche Kinder mit schwereren organischen Beeinträchtigung haben Vorerfahrungen durchgemacht, im Rahmen derer sie unangenehme oder bedrohliche Stimulation im Gesichts-Mund-Rachen-Bereich erleben mussten, etwa in Zusammenhang mit intensivmedizinischen Behandlungen, Beatmung, Legen von Ernährungs sonden. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass jegliche Berührung im Gesichtsbereich hoch bedrohlich sein kann, und wehren in der Folge nicht nur Berührungen, sondern auch die Nahrungsaufnahme panisch ab. Meist lassen sie sich früher oder später nur noch mit Sonde ernähren. Diese Form der frühkindlichen Fütterstörung wird auch als posttraumatische Fütterstörung bezeichnet.

Gesichtsbereich so groß, dass selbst massiver Hunger sie nicht überwinden kann. Daher bedarf es hier eines sehr spezifischen Vorgehens, das folgende Schritte einschließt:

- Abbau der orofacialen Abwehr und Überempfindlichkeit. Möglich ist dies mittels begleitender mundmotorischer/orofacialer Therapie. Das Kind soll lernen, vielfältige sensorische Erfahrungen im Mundbereich hungerunabhängig als angenehme, nicht bedrohliche Form der Stimulation zu empfinden. Hierzu trägt auch die spielerische und entspannte Gabe von Nahrung mit unterschiedlichen Geschmäckern und Konsistenzen außerhalb der Füttersituation bei.
- Nasogastrale Sondierungen möglichst vermeiden. Dies gilt in jedem Fall für das wiederholte Sondenlegen, indem Sonden verwendet werden, die lange liegen bleiben können. In der Füttersituation aber in keinem Fall Druck ausüben.
- Häufiges Anbieten kleiner Mahlzeiten möglichst in entspannter Atmosphäre. Dies gilt solange, bis erste angstgetönte Reaktionen offenkundig werden. Füttervorgang dann sofort unterbrechen oder gegebenenfalls auch Entspannungshilfen bei ersten Zeichen von Angst, Erregung, Stress anbieten. Die Mahlzeiten sollten zeitlich begrenzt werden (anfangs fünf bis zehn Minuten), um Erfahrungen von frustrierten Fütterversuchen und Stress für Mutter und Kind zu minimieren. Nahrungsangebote erfolgen in der ersten Phase jeweils alle ein bis eineinhalb Stunden, da die wiederholte, kurze Reizexposition die Angst allmählich abbaut.
- Esssituation allmählich strukturieren. In dem Maße, in dem die kindliche Angst allmählich abgebaut wird und das Kind anfängt, nicht nur Berührungen im Mund zuzulassen, sondern auch kleinere Mengen zu essen, wird die Esssituation nach und nach strukturiert. Die Nahrungspausen können nun schrittweise vergrößert werden, um Hunger als Motivation zum Essen aufkommen zu lassen.

Beziehungsgeschichte mit dem Kind von Bedeutung

Für alle Formen von Fütterstörungen gilt: Begleitende psychotherapeutische Gespräche, die den fütterspezifischen und individuellen emotionalen und psychodynamischen Belastungen der Mutter/Eltern Rechnung tragen und Probleme der Eltern beim Umsetzen der Essensregeln aufgreifen, sind unverzichtbar. Wegen der vitalen Bedeutung der Ernährung kommen gerade bei den Fütterstörungen häufig tiefsitzende elterliche Verlustängste zum Vorschein, die nicht sel-

ten in der Vorgeschichte der Eltern ihren Hintergrund haben. Das Ausmaß, in dem Eltern von chronisch kranken oder behinderten Kindern die Erkrankung ihres Kindes verarbeitet haben, ihre Krankheitsmodelle, etwaige Schuldgefühle spielen in diesem Zusammenhang eine große Rolle. Über das Videofeedback kann auch hier relativ direkt Zugang zu den elterlichen Wahrnehmungen und Interpretationen des kindlichen Verhaltens gewonnen werden, etwa zum Erleben der Füttersituation, zu Ängsten um Gedeihen und Überleben oder auch zu tiefer liegenden Konfliktkonstellationen.

Familiendynamik erweitert Blickwinkel

Die menschliche Nahrungsaufnahme ist ein genuin sozialer Prozess. Der soziale Kontext des Essens wird zunächst durch die Eltern, später durch die Familie und schließlich durch Freunde und Bekannte gebildet. Das gemeinsame Essen ist Ausdruck von Vertrautheit, Nähe und Freundschaft. Mit dem Thema „Essen und Ernähren“ sind wegen der lebenserhaltenden Funktion des Essens aber auch sehr basale Affekte verbunden. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass man bei der Beobachtung einer Familie beim Essen nicht selten die bedeutsamen Umgangsformen, Konflikte und Interaktionsmuster in einer ungewohnten emotionalen Dichte buchstäblich „auf dem Tisch“ hat.

Außerdem kann der Fokus der elterlichen Aufmerksamkeit am Familientisch leichter weg vom Kind und seinem Essverhalten auf andere Themen gelenkt werden. Für das behinderte Kind ist es eine wichtige soziale Erfahrung, dort durch das Essen am sozialen Miteinander der Familienmitglieder teilhaben zu können. Die Herausarbeitung der familiären Beziehungskonstellationen, in die frühkindliche Fütterprobleme eingebettet sind, erweitert damit den therapeutischen Blickwinkel von der Dyade über die Triade bis zum komplexen familiären Beziehungsgefüge mit seinen Ressourcen und sensiblen Nahtstellen.

Dr. Nikolaus von Hofacker
Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik
Klinikum Harlaching
Städtisches Klinikum München GmbH
E-Mail: N.v.Hofacker@khhm.de