

# Frühkindliche Essstörungen

## Kinder sind keine Gefäße!

**Die Vernetzung individueller und beziehungsdependenter Variablen ist beim Vorkommen frühkindlicher Essverhaltensstörungen typisch. Im folgenden Artikel wird auf die häufigsten Störungen und deren konkrete Behandlung hingewiesen. Besteht eine Essstörung trotz psychodynamischer Beratung weiter, muss in seltenen Fällen auch an andere Gründe wie beispielsweise metabolische, neurodegenerative, pulmonale, nephrologische Pathologien gedacht werden, die mit impliziten oder expliziten Ess- und/oder Gedeihstörungen einhergehen können.**

Frühkindliche Essstörungen gehören zu den häufigsten Ursachen, die Anlass zur Vorstellung beim Kinderarzt geben. Die Komplexität des Spektrums reicht von der Sorge einer Mutter über die Frage der richtigen Ernährung beim ersten Kind bis hin zur lebensbedrohlichen Gedeihstörung, die zu schwerwiegenden Schäden bis hin zur Entstehung irreversibler Entwicklungsverläufe führen kann. Die Aufgabe besteht für den Kinderarzt darin, die Gratwanderung zwischen den sehr häufigen reaktiven, „selbst gemachten“ Störungen und den seltenen Krankheiten im engeren Sinne zu meistern.

### Klassifikation und Diagnose

Beim Vorgang des Essenlernens werden grob 7 Phasen unterschieden, von denen

die ersten beiden dem *kindlichen Willen* – und damit auch im Sinne der Abwehr und/oder der oralen Verweigerung wie beim entwicklungsphasenspezifischen Trotz – unterstehen:

1. präorale Phase: Hunger, sehen, riechen, greifen, wollen,
2. orale Phase: sortieren, Geschmack, kauen, beißen,
3. pharyngeale Phase: saugen, schlucken, Koordination, Kontrolle,
4. ösophageale Phase: Motilität, Peristaltik, Luftausgleich,
5. gastrische Phase: gastrische Enzyme und Hormone,
6. duodenale Phase: Resorptionsleistung, Mechanik sowie
7. kolische Phase: Stuhlmechanik, Peristaltik, Resorption.

In diesem Artikel beschränken wir uns auf die häufigen Störungen der ersten 2–4 Phasen. Wichtig ist grundsätzlich, dass ein erfahrener Diagnostiker die Causa bearbeitet, da immer die Gefahr besteht, dass Kinder mit banalen Essverhaltensproblemen aufgrund der Sorge um das Vorliegen einer extrem seltenen Problematik erst zur „Durchuntersuchung“ (Magnetresonanztomographie, Magendarmpassage, Gastroskopie, Serologie, Genetik) geschickt werden und dort, durch die Untersuchungen selbst weiter belastet, aus der Diagnosestraße mit dem möglicherweise sogar falsch-negativen Label „keine organische Diagnose zu finden“ entlassen werden.

Jedes Kind, das in keinem klinisch bedrohlichen Zustand vorgestellt wird, sollte erst einmal für den Zeitraum von 1–2 Wochen beratend begleitet werden. Wenn vor allem beziehungsimmanente Faktoren an der Problematik beteiligt sind, wird dadurch eine merkliche positive Veränderung zu verzeichnen sein, die sich in einer Entlastung der Mutter und einer stetigen Gewichtsverlaufsbesserung beim Kind manifestieren wird.

Im angloamerikanischen Sprachgebrauch wird aufgrund der sprachlichen Verwirrung heute von „eating behavior disorder“ gesprochen [2, 3, 4, 6, 9] und dadurch der Fokus auf die äußerlich sichtbare (und somit auch gut durch klinische Beobachtung zugängliche) Verhaltensweise gewendet [13]. Die Autoren verwenden seit fast 20 Jahren die durch Irene Chatoor publizierte Subklassifikation [6, 7, 9], die im Jahr 2006 dann auch erstmals Eingang ins ZTTDC 0–3 (Zero to Three, Diagnostic Classification; [26]) fand. Dieser Vorschlag basiert einerseits auf der Analyse des Kindesalters beim Erstbeginn des Vorstellungsproblems und andererseits ätiologisch auch auf der medizinischen Vorgeschichte („post medical episode“/„neurosensory“/„posttraumatic“). Der Begriff „posttraumatisch“ wird von der Chatoor eher als reaktive psychologische Kategorie des Kindes nach meist einmaligem Würgeerlebnis definiert [8], von den Autoren jedoch als eine viel häufiger zur Vorstellung kommende Essverweigerung gesehen, bei der die Kinder heftige



**Abb. 1** ▲ Patient, 10 Monate, nasogastrale Sondierung seit Geburt; Diagnose: Down-Syndrom, komplikationslose Entwöhnung in 1 Woche



**Abb. 2** ▲ Ambulante Sondenentwöhnung bei nasogastraler Dauersondierung seit dem 2. Lebensmonat nach Beginn einer benignen Säuglingsepilepsie

unspezifische, aber therapeutisch schwer zugängliche orale Abwehrreaktionen auf visuelle Essensangebote jedwelcher Art zeigen [24]. Die Autoren unterscheiden also mit Chatoor (1989–03, Dunitz et al. 1993–04, adaptiert nach RDC-PA Research criteria preschool age, ZTTDC-R, 2006; 601–606) für die 1. Achse („psychiatrische Ebene“) die in der Infobox 1 aufgeführten Subgruppen [26].

### Fütterungsprobleme bei Regulationsstörung

Mit Fütterungsproblemen bei Regulationsstörungen ist das schwierig zu er-

nährende Neugeborene gemeint. Das Kind selbst ist also auffällig; die häufig folgende interaktive Eskalation ist immer reaktiv und im Weiteren kodependent. Ob an der Brust oder an der Flasche, es zeigt sich, dass das Baby äußerst unkonzentriert, unruhig und fahrig ist, unklare Hungersignale sendet und sein „Zeitfenster“, in denen es bereit und willens ist, gefüttert zu werden, extrem kurz ist. Wird dieses – wie beispielsweise durch übliches Herumhantieren mit dem Fläschchen – überschritten, scheint seine Bereitschaft, sich regulativ aufs Trinken einlassen zu können, bis zum nächsten Mal verpasst worden zu sein. Inzwischen schläft es ein oder schreit, sei dies aus Frustration, Ärger, wegen Hungers oder wegen Blähungen, in vielen Fällen aus allen genannten Gründen gleichzeitig. Es sind dies die in der Literatur seit Jahrzehnten auch mit dem Begriff „Schreibabies“ bekannten Kinder („colicky infant“, „fussy baby“, das 24-Stunden-Baby). Ist die Diagnose durch den Zeitpunkt des Auftretens und durch einen organisch gesund erscheinenden, aber regulationsauffälligen Säugling gesichert, kann sofort die therapeutische Intervention eingeleitet werden.

Schwerpunkte in der Therapie sind:

- Eine Fütterungsszene beobachten.
- Verhindern, dass abgestillt wird.
- Den Vater von Anfang an einbeziehen.
- Unspezifische Maßnahmen empfehlen, die es den gestressten Müttern erlauben, so gelassen wie möglich das Zeitfenster des Essenswunsches des Kindes zu erkennen und prompt darauf zu reagieren.
- Wegnehmen des Druckes, in der Akutsituation auch noch eine Gewichtszunahme erzielen zu müssen. Dadurch soll verhindert werden, dass aus der Anpassungsproblematik zusätzlich eine Gedeihstörung entsteht.

Informationen und eine ruhige Aufklärung [18] können bereits in kurzer Zeit eine subjektive Linderung der eskalativen Dynamik bewirken. Hier gilt der Leitspruch: Es wächst sich aus, wenn die Diagnose und der Behandlungsansatz stimmen.

### Essverhaltensstörung bei Bindungsstörung

Hierbei beginnt die Fütterungsproblematik meist erst nach 2–3 Monaten, in denen das Trinken – meist aus der Flasche – anfänglich kein Problem zeigte. Hier ist es eine ganz andere Gruppe von Müttern, die das Baby mit der zur Sorge veranlassenden Symptomatik zum Kinderarzt bringen. Die Störung liegt viel eher in der subjektiven Wahrnehmung der Qualität der Bindungs- und Beziehungswelt selbst, die zwischen dem Kind und seiner primären Bezugsperson herrscht [5, 17]. Die Mütter sind stiller, leiden stiller, fordern weniger Aufmerksamkeit. So können beispielsweise Mütter mit postpartalen Depressionen ihr Kind mechanisch korrekt versorgen und oberflächlich alles „richtig machen“; es fehlen jedoch die erwartete Freude, Zugewandtheit, subjektive Verschmelzungsbereitschaft sowie Begeisterung über das Baby und die neue Zeit mit ihm. Dies wird von den tiefniedergeschlagenen Müttern selber registriert, da sie wissen, dass man sich „an sich über ein neues Baby freuen sollte“. Diese Kinder zeichnen sich durch langsames, aber stetiges Herausfallen aus der Gewichtsperzentile aus; dies wird aber eher zuerst durch Fachpersonen im Rahmen von Routineuntersuchungen als von der Mutter selbst wahrgenommen. Sie lächeln später und sind in ihrer Responsivität und Kommunikationsentwicklung verlangsamt, wenn dies nicht massiv von anderen nahen, verfügbaren und vorhandenen Bezugspersonen kompensiert wird. Jede psychiatrische Erkrankung der Mutter kann oder muss zwangsläufig in eine Bindungsstörung münden, die auch deren Sensibilität und Sensitivität in der Fütterung mitbeeinflusst und die Ess-Fütterungs-Szene überschattet. Die Therapie soll:

- Die Mütter mit postpartaler Depressionen (PDD) einer medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Behandlung zuführen.
- Die Bindungssituation für Mutter und Kind verbessern.
- Das Thema Partnerschaft ansprechen.
- Durch Elternschulung, -begleitung und -beratung an der Sensibilität im Handling arbeiten.

Hier steht eine Anzeige.





**Abb. 3** ◀ Ein Kinderbuffet als testdiagnostische Erstbegegnung



**Abb. 4** ▲ Problemlose Entwöhnung von der perkutanen endoskopischen Gastrostomie im 4. Lebensjahr

Ziel der Intervention ist es, die Gesamtsituation von Mutter und Kind zu entlasten. Dadurch wird fast zwingend auch die Fütterungssituation verbessert.

### Frühkindliche Anorexie, Individuationsstörung

Es gibt kaum eine Diagnose, die auch bei nichtpsychologisch interessierten Kollegen so viel Emotionalität aufwirbeln kann wie diese und trotzdem für eine Fülle von kränkenden sowie unsachlichen Kommentaren sorgt. Einerseits liegt dies daran, dass der interaktive Anteil der Störung wahrgenommen wird und ein „mother blaming“ fast unbeabsichtigt geschieht. „Das ist ja nur ein Machtkampf“, „Da müssen Sie sich eben durchsetzen“, „Das Kind wird doch wohl nicht bei vollen Schüsseln verhungern!“, „Sterben wird's schon nicht!“, „Bevor es ganz verhungert, wird's schon anfangen“... Tatsache ist, dass es in der Individuationsphase, also ab dem 7.-9. Lebensmonat des heranwachsenden Säuglings zu einer revolutionären Neuorientierung in der Fütterungsszene kommt,

die dadurch gekennzeichnet ist, dass das Kind nun relativ plötzlich alles selbst machen will und die Mutter dies schwer oder nicht zulassen kann. Das Kind möchte den Löffel, der es füttert, nun selbst halten und versteht geistig inzwischen ganz genau, was die Mutter tut. In „primitiveren“ Kulturen ist dies das Ende der ausschließlichen Brusternährung oder der von der Mutter selektierten Einfuhr. Es sollte der Beginn des selbstständigen „Mitessens“ sein, der in allen Kulturen nutritiv unterschiedlich, aber inhaltlich und quantitativ gewährleistet ist.

Nun ist es paradox, aber nicht unerwartet, dass sich gerade wohl entwickelte, kluge erste Kinder gerne ausgerechnet die Essensszene als Kampfbühne des notwendigen kindlichen Autonomiekampfes gegen das mütterliche Kontrollbedürfnis aussuchen! Sie wissen um ihren Kampfvorteil und sitzen auf alle Fälle „auf dem längeren Ast“. Da es Teil des angeborenen Bindungsrepertoires ist, dass Mütter ihre Kinder ernähren wollen, fallen Mütter unwillkürlich und leicht in diese vom Kind geöffnete Interaktionsfalle. Einmal sensibilisiert, wird die Fütterungsszene innerhalb von Stunden zur Kampfbühne, aus der es ohne Unterstützung von Außen fast keinen Ausweg mehr gibt.

Leider ist es in den letzten 20 Jahren zu einer Inflation von gut gemeinten, aber vollkommen unnötigen und potenziell gefährlichen Ratgebern gekommen, die verunsicherte Mütter mit qualitativen und quantitativen Fachinformationen über Nahrungsinhalte, einschließlich Spurenelemente, Vitamine usw., unterrichten. Das Resultat dieser Inflation ist eine neue Generation nutritiv geschulter, aber signalverwirrter, oftmals selbst ehe-

malig essgestörter und fütterungsinkompetenter Mütter.

Schwerwiegendes Untergewicht charakterisiert jährlich mehr und mehr Kinder mit der Diagnose „idiopathische Essverweigerung“ oder „frühkindliche Anorexie“ [6, 7, 8, 9] und treibt sie an die Grenzen ärztlichen Handelns, die zur Lebenserhaltung des Kindes in einer Implantation von Ernährungssonden bis hin zur Versorgung mithilfe der perkutanen endoskopischen Gastrostomie- (PEG-)Sonden führt! So überblicken wir bereits heute eine nicht unbeachtliche Zahl Sondenabhängiger und oral nichts (mehr) zu sich nehmender Kleinkinder, denen „eine medizinische“ Diagnose fehlt. Die Diagnose tritt konsequenterweise – genauso wie die Pubertätsmagersucht – in hungrigen Kulturen nicht auf. Die Therapie muss Folgendes gewährleisten:

- Den Machtkampf möglichst früh beenden; bei stabilem Allgemeinzustand die diagnostische „Abklärung“ unterbrechen.
- „Fingerfood“ herstellen. Es gibt Kochbücher dazu!
- Die Mutter muss während der Mahlzeiten des Kindes auch selbst essen!
- Externe Gewichtsmonitorisierung, maximal 1-mal wöchentlich, Gewichtsstillstand von 1–2 Monaten akzeptieren.

### Neurosensorische Essverhaltensstörung

Mit dem Begriff „neurosensorische Essverhaltensstörung“ (■ **Abb. 1**) bezeichnen verschiedene Berufsgruppen verschiedene Störungen, die alle gemeinsam mehr „organische“ Qualität zeigen. Die betroffenen, oftmals postasphyktischen Kinder, sind hypersensitiv bezüglich des Schluckvorgangs. Oftmals kann ein Eindicken der Milch das klinische Problem bereits lösen. Die Diagnose stellt sich häufig aus der klinischen Beobachtung im Zusammenhang mit einer peripartalen Asphyxie und/oder einer meist ätiologisch unklaren Entwicklungsverzögerung. Hier besteht meist kein Anlass für eine notfallmäßige Intervention; viel eher werden Dauer und Aufwand des Fütterns mit der Zeit als zu aufwendig erlebt. Die

Rolle des Kinderarztes besteht in der Beobachtung (wenn möglich mit Videodokumentation) einer tatsächlichen Fütterungssituation, um das Ausmaß neurokoordinativer vs. interaktiver Problematik einzuschätzen. Seine Aufgabe ist es außerdem, eine beratende Mitentscheidungshilfe zu sein, wenn die Situation wie bei manchen metabolischen und einigen neurodegenerativen Erkrankungen progredient erscheint und nach einigen Wochen bis Monaten entschieden werden muss, ob das Kind langfristig sich selbst ernähren können wird oder auf eine supportive PEG umgestellt werden soll. In den deutschsprachigen Ländern wird die Feindiagnostik dieser Gruppe von Kindern am besten vom Team der Logopäden bzw. Ergotherapeuten durchgeführt, die über intraorale Messtechniken verfügen, die der Kinderarzt nicht kennt. Zu warnen ist auch vor einer Überinterpretation des Vorliegens eines gastroösophagealen Refluxes (GÖR) mit anschließender Sondierungsindikation; eine Impedanz-pH-Metrie kann hier eine sinnvolle Objektivierung liefern. Die wichtigste differenzialdiagnostische Unterscheidung zu den oben genannten Subkategorien ist, dass die Kinder essen möchten, dies aber technisch nicht gut oder nicht ausreichend schaffen.

### „Post medical disorder food aversion“

Diese Kategorie bezeichnet kindliche Reaktionsweisen, die man, wenn sie akut auftreten und nur kurz dauern, als physiologisch bezeichnen würde. Kinder hören bei Fieber zu essen auf; bei den meisten Kinderkrankheiten und banalen Infektionen isst das Kind ebenfalls wenig bis nichts und beschränkt seine aktive Mitarbeit auf das Trinken. Diese diagnostische Kategorie ist jedoch für verlängerte Phasen der Nahrungsverweigerung vorgesehen. Die Essverweigerung bzw. das Unvermögen zu essen, wie sie unter Chemotherapie bei unterschiedlichen onkologischen Erkrankungen vorkommen, könnte ebenfalls treffend mit dieser Kategorie definiert werden. Die Prognose ist beim Sistieren der auslösenden Erkrankung an sich gut und bedarf höchstens ei-

ner beruhigenden Unterstützung durch den Kinderarzt.

### Posttraumatische Essverhaltensstörung

Wenn auch ätiologisch inhomogen, zeigen diese Kinder eine ganz typische Verhaltensweise: die Symptomatik der visuell auslösbaren, aktiven und „bewussten“ Abwehr! Durch geschicktes Kopfabwenden und Mundschließen beim bereits auf eine Entfernung sichtbaren Nahrungsangebot kann das Neugeborene bereits zeigen, dass es nicht willens ist, dem Angebot und der damit verbundenen erwachsenen Erwartung durch aktives Mittun nachzukommen. Ob diese kindliche Reaktion immer aus der vorherigen Erfahrung eines übergreifigen Fütterungsverhaltens resultiert oder aus unspezifischeren vorangegangenen oralen Traumen (wie Mundpflege im Rahmen der Intensivpflege) oder anderen unspezifischen Verletzungen der Autonomie und Intimsphäre des Kindes, ist oft nicht ganz klarzustellen [24]. Unabhängig von der biographischen Vorgeschichte ist eines gemeinsam: Die Kinder, egal wie alt, scheinen vor der gesamten Fütterungssituation Angst zu haben. Mütter berichten über einen rasch entstandenen Teufelskreis, haben beim Füttern einer Mahlzeit bereits Angst vor der nächsten und fühlen sich von dem gesamten Essensthema überfordert sowie selbst traumatisiert: „Ein Horror“. Das Letzte ist die langsame, aber stetige Entfernung des Kindesvaters aus dem Themenkreis, sodass die pathologisch symbiotische Regression der Mutter mit dem nicht zu ernährenden Kind immer auch eine Paarproblematik und eine massive Störung der triadischen Kommunikation aus der Sicht des Kindes zur Folge hat. Dies vermehrt das Gefühl der Hilflosigkeit, des sich Unverstanden-Fühlens und der Aggression bei der Mutter; Gefühle, die sich allesamt in weiterem Stress der nächsten Fütterungsszene niederschlagen [12].

### Tipps für das Erstgespräch

Die im Folgenden aufgeführten Tipps für das Erstgespräch [11, 12, 13, 16, 19] können gegeben werden. Nicht reden, sondern mit dem Kind Kontakt aufnehmen. Es geht

## Zusammenfassung · Abstract

Monatsschr Kinderheilkd 2007 · 155:795–803  
DOI 10.1007/s00112-007-1587-5  
© Springer Medizin Verlag 2007

M. Dunitz-Scheer · M. Tappauf ·  
K. Burmucic · P. Scheer

### Frühkindliche Essstörungen. Kinder sind keine Gefäße!

#### Zusammenfassung

Der folgende Artikel beschäftigt sich mit dem Phänomen des zunehmenden Vorkommens von Essstörungen im frühen Kindesalter. Kinderärzte sind damit oftmals zu Unrecht überfordert, weil der Eindruck besteht, „dem Kind fehle ja nichts“. Die Diskrepanz des mütterlichen Leidensdrucks und die selten perakute Symptomatik beim Säugling oder Kleinkind (auch Gedeihstörungen entwickeln sich nicht über Nacht) führen leider häufig zu vermeidbaren Irritationen auf beiden Seiten. Es wird ein Einblick in die häufigsten Vorstellungssituationen gegeben. Die Autoren empfehlen in allen Fällen das Einführen einer Fütterungsbeobachtung. Diese kann rasch (nicht länger als 5 min) und billig (Eltern bringen Essen selbst mit) viel zur höheren Effizienz in der diagnostischen Einschätzung beitragen. In vielen Fällen genügt eine begleitende Beratung, um den Teufelskreis der Verunsicherung mit zunehmendem Erwartungsdruck auf der Seite der involvierten Erwachsenen zu unterbrechen und dem Kind zu helfen, seine selbst gesteuerte orale Ernährung autonomer und altergemäß zu gestalten.

#### Schlüsselwörter

Frühe Kindheit · Essstörungen · Beziehung · Widerstand

### Eating disorders in early childhood

#### Abstract

This article highlights the topic of feeding and eating behaviour disorders in infancy. Severely disturbing eating patterns and food avoidance are growing and common reasons for referral. Mothers and other primary caregivers often suffer from an escalating spiral of the infant's poor weight gain and growth parameters, pressure for more oral intake and the child's clear signs of refusal. We present some current methods of diagnostic subclassification and consecutive therapeutic interventions and offer some new approaches to support and enhance active eating and drinking and increase food preference with infants and toddlers.

#### Keywords

Early childhood · Eating disorders · Relationship · Resistance

darum, eine primäre Koalition oder gar Kollusion (lat. colludere: zusammenspielen) mit der Mutter zu vermeiden. Die Begrüßung muss schon das Kind in eine höhere Priorität setzen, selbst mit dem Preis, die Mutter damit etwas zu kränken oder zumindest zu verwirren. Das Baby oder das Kleinkind verdient Respekt, Zurückhaltung und eine faire Chance, sein Esslernpotenzial und kommunikative, psychosoziale, motorische sowie funktionell emotionale Entwicklung in der neuen Begabung darzustellen (■ Abb. 2).

Typischerweise besteht auf den ersten Blick eine Diskrepanz zwischen dem meist von der Mutter geschilderten enormen Leidensdruck und der weniger sichtbaren Symptomatik am Kind. Dies wahrzunehmen, kann schon wegführend sein. Wenn möglich, sollte Essen – scheinbar zufällig – im Raum sein. Ein Körbchen am Tisch mit einer Semmel, einem Keks, eine Kleinigkeit, die als Test dienen kann, wie und ob überhaupt ein unkommentiertes und unaufgefordertes Interesse des Kindes zu einem unspezifischen Nahrungsmittel besteht (■ Abb. 3).

### Die Väter mit dazu bestellen

Das frühmöglichste Einbeziehen des oftmals lange unsichtbaren „Dritten“ ist ein wichtiger, manchmal sogar entscheidender erster Schritt. Damit allein werden sehr häufig eine durch die andauernde Störung aus dem Gleichgewicht gekommene oder seit der Geburt des Kindes noch gar nicht restabilisierte Partnerschaft thematisch als Fokus wertgeschätzt und das Entstehen der Triade (die aus der genetischen Verbundenheit und Bindungslehre erkannte entwicklungsfördernde Dreisamkeit) unterstützt. Selbst im Fall einer bereits echten Partnerschaftskrise ist es ratsam und förderlich, das Thema eines möglichen Paarkonfliktes sobald als möglich „auf dem Tisch“ zu haben. Darüber zu reden, entlastet auf alle Fälle die ausschließliche Fokussierung auf das Essensthema aus mütterlicher Sicht. Durch den Vater gewinnt der Arzt eine zusätzliche Meinung, eine andere Betrachtungsquelle, die weder als richtiger noch verlässlicher eingestuft werden sollte, aber als zumindest auch eine mögliche wenn auch (fast immer) andere Perspektive des

Problems. Die Mutter gewinnt durch die Situation ein Ernstgenommenwerden ihrer Problemwahrnehmung im Beisein des Arztes. Diese Situation stellt oft das erste Mal dar, in dem sich der Vater zeitlich und inhaltlich wirklich auch selbst mit der Fragestellung aktiv auseinandersetzt und die Mutter dadurch wertschätzt.

### Kurzfristige und längerfristige Ziele definieren

Ganz wichtig ist es, den Druck aus der Erstbegegnung zu nehmen. Dazu ist es nötig, die Erwartungen aller Beteiligten gleich von Anfang an zumindest anzusprechen und Fragen bezüglich des „worst possible szenario“ offen auszusprechen. Wenn beispielsweise die Mutter „vor Zeugen“ (Vater, Arzt, Kind) aussprechen kann, dass sie sich fürchtet, ihr Kind durch Verhungern zu verlieren, kann allein dadurch schon eine Erleichterung verspürt werden und die Brücke zwischen irrationalen (wenn auch oft biographisch nicht unbegründeten) Ängsten und der realen Ist-Situation des Kindes gelegt werden. Vom Wiegen des Kindes zu Hause sollte eher abgeraten und diese symbolische Handlung in die ärztliche Praxis verlagert werden. Das primäre Ziel ist nicht eine Gewichtszunahme, sondern die subjektive und qualitative Besserung der Fütterungssituation für das Kind. In dieser Phase darf zugunsten der wachsenden kindlichen Autonomie und Selbstständigkeit (Hochstuhl; kein Füttern auf dem Schoß nach dem 6. Lebensmonat oder in einem Alter, indem das Kind stabil sitzen kann, selbst Nahrung greifen lernt; Fingerfood) das Gewicht erst einmal stagnieren. Erst wenn eine qualitative Besserung über 2–3 Wochen eingetreten ist, ist langsamer und stetiger Gewichtsanstieg wieder zu erwarten und auch „einzufordern“ (<http://www.kidsgrowth.com>).

### Sondenkinder

In der pädiatrischen Population gibt es eine neue Gruppe von Patienten, die als sondendependent bezeichnet werden (■ Abb. 4; [14, 15, 16, 21, 22, 23]). Hierbei handelt es sich weitgehend um eine iatrogen entstandene Morbidität. Es sind junge und kleine Kinder betroffen, die als Frühgeborene oder postpartale chirurgische

Patienten meist primär mit einer nasogastralen Sonde (NG-Sonde) versorgt wurden, sekundär jedoch unbeabsichtigt von der Sondenernährung abhängig geworden sind, weil der Übergang zum selbst gesteuerten Essenlernen nicht erfolgt ist. Hier kann aus Gründen des Umfangs keine spezifische Anleitung zum Umgang mit und zur Behandlung dieser Klientengruppe gegeben werden. An der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz, hat sich ein interdisziplinäres Kompetenzzentrum entwickelt, das sich spezifisch mit dem Thema der schweren und therapierefraktären frühkindlichen Essstörungen und im Speziellen mit der Sondenentwöhnung beschäftigt und hierzu in den vergangenen 10 Jahren wichtige klinische Erkenntnisse gewonnen hat. Diese Patientengruppe, also Kinder, die vor der Behandlung meist in ihrem bisherigen Leben noch nie oral gegessen und getrunken haben, stellt eine einmalige Inanspruchnahmepopulation dar, aus der viele Erkenntnisse und Annahmen über den Prozess des kindlichen Essenlernens gewonnen werden können. Hierüber gibt es sowohl in der entwicklungspsychologischen, logopädischen und pädiatrischen Literatur bisher kaum Hinweise. Eine umfangreiche Analyse der Ergebnisse aus der Population von 110 Sondenentwöhnungen wurde in einer kürzlich eingereichten wissenschaftlichen Publikation vorgestellt [19]. Für den Kinderarzt in der Praxis ergeben sich folgende wichtige Folgerungen [14, 15, 16, 21, 22, 23]:

- Die Rolle des Kinderfacharztes bei Kindern mit liegenden Sonden ist eine begleitende.
- Gewichtskontrollen sollten monatlich durchgeführt werden.
- Ebenso wichtig sind die Einschätzung der Effizienz der Sondenernährung (Optimierung des kalorischen Index) und die Abschätzung etwaig störender Nebenwirkungen wie Erbrechen, Übelkeit, Schmerzen.
- Je nach der Indikation der Sondenlegung ist die erwartete Dauer der Sondenversorgung von Anfang an anzusprechen und mit den indikationsstellenden Kollegen zu klären.
- Eine nasogastrale Sonde sollte bei reifgeborenen Kindern grundsätzlich nicht länger als 4 Wochen liegen. Be-

steht nach diesem Zeitraum eine klare Indikation einer Langzeitversorgung mithilfe der enteralen Ernährung (neurodegenerative Erkrankungen, metabolische Erkrankungen, schwere zerebral bedingte Bewegungsstörungen) sollte baldmöglichst eine PEG mit Wechsel auf Button gelegt werden. Diese lässt einerseits zu, dass ein Kind partiell sondiert werden kann, sodass tagsüber oral gefüttert werden kann, andererseits zeigen die Kinder im Allgemeinen eine deutlich geringere Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens und ihrer Entwicklung durch die Sonde selbst.

- Bei langzeitiger Sondenversorgung ist eine funktionelle Ösophagusdiagnostik und auch Kontrolle der nutritiven Parameter mindestens einmal jährlich zu empfehlen (<http://www.kinderpsychosomatik.at>).

## Fazit für die Praxis

In der Praxis ist es von entscheidender Bedeutung, zwischen dem subjektiven – meist enormen – Leidensdruck der von Ängsten geplagten Mütter und der Frage des Zustands sowie der Diagnose des Kindes zu unterscheiden. Bisweilen sind es weniger Ängste als eine fast endemische neue Mode, sich als Mutter um die genügende Ernährung und Gewichtszunahme seines heranwachsenden Kindes zu kümmern. Es ist chic geworden zu sagen: „Mein Kind isst nichts“ und mit einem meist fröhlichen Kind in die Ordination zu kommen. Das Erstere ist ein gesellschaftliches und psychologisches Problem, das Geduld, Aufmerksamkeit und der Einbeziehung der eher in Distanz verweilenden Väter bedarf. Das Andere ist die Notwendigkeit der Erstellung einer konkreten und korrekten Diagnose, für die die diagnostischen Kriterien des ZTT DC 0–5-R gegenüber den nur undifferenzierten Möglichkeiten des ICD-10 eine gute Alternative sind. Das Diagnosesystem vermag sehr klar zwischen individuellen kindlichen psychologischen und somatischen Symptomen zu differenzieren sowie interaktive Faktoren wie eine überängstliche Mutter-Kind-Beziehung zu benennen und einer gezielten

therapeutischen Versorgung zugänglich zu machen.

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. M. Dunitz-Scheer**  
Psychosomatik und Psychotherapie, Dep. für allg. Pädiatrie, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, LKH-Klinikum Graz A-8036 Graz  
[marguerite.dunitz-scheer@klinikum-graz.at](mailto:marguerite.dunitz-scheer@klinikum-graz.at)

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- Benoit D, Wang EL, Zlotkin SH (2000) Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral treatment in early childhood: a randomized trial. *J Pediatr* 137: 498–503
- Birch LL, Fisher JA (1995) Appetite and eating behavior in children. *Pediatr Clin North Am* 42: 931–953
- Birch LL, Fisher JO (1998) Development of eating behaviours among children and adolescents. *Pediatrics* 101: 539–549
- Birch LL, Johnson SL, Andersen G (1991) The variability of young children's energy intake. *N Engl J Med* 111: 232–235
- Brisch KH (1999) Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Chatoor I (2002) Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 11: 163–183
- Chatoor I, Dickson L, Schaefer S, Egan J (1985) A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: diagnosis and treatment. In: Drotar D (ed) *New directions in failure to thrive*. Plenum, New York, pp 235–258
- Chatoor I, Ganiban J, Harrison J, Hirsch R (2001) Observation of feeding in the diagnosis of post-traumatic feeding disorder of infancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 595–602
- Chatoor I, Getson P, Menvielle E et al. (1997) A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant Ment Health J* 18: 76–91
- Dunitz M, Scheer PJ, Kvas E, Macari S (1996) Psychiatric diagnosis in infancy: a comparison. *Infant Ment Health J* 17: 12–24
- Dunitz M, Scheer PJ, Trojovský A et al. (1996) Changes in psychopathology of parents of NOFT (non-organic failure to thrive) infants during treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 5: 93–100
- Dunitz-Scheer M, Scheer PJ, Dunitz-Scheer NA (1997) Interaktionsdiagnostik. In: Keller H (Hrsg) *Handbuch der Kleinkindforschung*, 3. Aufl. Huber, Bern, S 209–234
- Dunitz-Scheer M, Schein A (2001) Ernährung und Entwicklung. *AFS Rundbrief* 4: 7–11
- Dunitz-Scheer M, Wilken M, Krasnovsky A, Scheer P (2004) Weaning of the feeding tube in early infancy. In: Remschmidt H, Belfer M (eds) *Book of abstracts of the 16th World Congress of the IACCP*. Steinkopff, Darmstadt, p 99
- Dunitz-Scheer M, Wilken M, Lamm B et al. (2001) Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit. *Monatsschr Kinderheilkd* 149: 1348–1359
- Dunitz-Scheer M, Wilken M, Walch G et al. (2000) Wie kommen wir von der Sonde los?! Diagnostische Überlegungen und therapeutische Ansätze zur interdisziplinären Sondenentwöhnung im Säuglings- und Kleinkindalter. *Kinderkrankenschwester* 19: 448–456
- Hornstein C, Trautmann-Villalba P, Hohm E et al. (2006) Maternal bond and mother-child interaction in severe postpartum psychiatric disorders. *Arch Womens Ment Health* 9: 279–284
- Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (eds) (2004) Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Huber, Bern
- Scheer P, Dunitz-Scheer M, Schein A, Wilken M (2003) DC: 0–3 in pediatric liaison work with eating behavioral disorders. *Infant Ment Health J* 24: 428–436
- Scheer PJZ, Dunitz M (2000) Cross-cultural perspectives on infant mental health: Germany, Austria and Switzerland. In: Osofsky JD, Fitzgerald HE (eds) *WAIMH. Handbook of infant mental health*, vol 1. John Wiley, New York, pp 295–319
- Trabi T, Dunitz-Scheer M, Scheer P (2006) Tube weaning according to the Graz-model: a retrospective analysis of 124 patients from 1999 to 2005 (abstract). *Eur J Pediatr* 165: 220
- Trabi T, Dunitz-Scheer M, Scheer P (2006) Weaning in children with congenital heart diseases from nutritional tube is easier than in other children. *Cardiology* 106: 167
- Wilken M, Jotzo M (2004) Sondenentwöhnung bei Kindern. *Heilberufe* 56: 38–39
- Wilken M, Scheer P, Dunitz-Scheer M (2004) Posttraumatische Fütterungsstörung bei Früh- und Risikogeborenen. *Z Psychotraumatol Psychother Med* 2: 8–18
- World Health Organization (2005) *ICD 10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision, 2nd edn*. World Health Organization, Geneva
- Zero to Three (2006) *DC: 0–3R diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: revised edition*. Karnac, London

## So geht's mir wirklich

### Eine Patientin mit „Anorexia Athletica“ erzählt:

Es ist irgendwie so unpersönlich: „Anorexie“.

Dieser Ausdruck steht für mich als Bezeichnung in den Akten der Ärzte. So wie ein Produktname, aber im negativen Sinne. Werde ich als „Anorexie“ bezeichnet, sieht alles grau und trübe aus – „Anorexie“ heißt: Ich bin krank!

Nur – wer weiß eigentlich, was sich hinter dieser Bezeichnung wirklich verbirgt? Wer weiß, wie sich Menschen fühlen, die so bezeichnet werden?

Hier ein kleiner Einblick in die kranken Denkschemata, aus denen wir die ganze Zeit verzweifelt auszubrechen versuchen, wobei wir von unseren Ärzten und Therapeuten tatkräftig unterstützt werden:

Es beginnt alles mit dem Aufwachen: Der Blick auf die Uhr: „Habe ich nicht zu lange geschlafen? Habe ich meinem Körper keine zu lange Pause gegönnt?“ Und dann der nächste Gedanke: „Wann darf ich etwas essen?“

Ja, es ist schwer zu verstehen:

#### — Magersüchtige denken dauernd ans Essen.

Pausenlos. Das Essen ist etwas, das einem Kontrolle gibt. Kontrolle über sich selbst, Kontrolle über die Umwelt. Essen bestimmt das Leben. Essen ist einfach das Allerallerwichtigste! Und wenn man in der Krankheit tief, tief vergraben ist, dann merkt man nicht, dass es wichtigere, schönere, spaßigere Dinge gibt als das Essen. Dann merkt man nicht, dass Essen fad und öd ist, wenn man es nicht essen kann. Dann glaubt man, dass es nichts Schöneres gibt, als den lieben, langen Tag darüber zu philosophieren, was man sich jetzt wieder nicht zum Essen gönnt.

Aber warum? Warum denken Magersüchtige dauernd ans Essen? Lesen Kochbücher? Sprechen über dieses Thema?

Sollten sie nicht, wie Elfen aus alten Märchenbüchern, über den Hunger erhaben „darüber schweben“?

Die Antwort ist einfach: Magersüchtige haben dauernd Hunger, weil sie praktisch nie genügend essen. Den Zyklus „Hunger – essen – satt“ gibt es nicht mehr. Es gibt nur die Endlosschleife „Hunger – ans Essen denken – Hunger“ oder wahlweise „Hunger – essen – sich elend fühlen“.

Schön öd! Schön langweilig!

Aber man kommt nicht so leicht raus.

Solange niemand auf die Krankheit drauf kommt, ist alles „in Ordnung“:

Der Kranke verweilt in der Krankheit, erlebt kurze Glücksgefühle, wenn die Waage wieder etwas weniger anzeigt und kommt sich der Umwelt einfach meilenweit überlegen vor. Die Gesunden merken vorerst nichts, machen sich auch (noch) keine Sorgen.

*Problematisch* wird die Situation erst, wenn die Krankheit entdeckt wird: Panik und Verzweiflung auf beiden Seiten. Abstreiten, leugnen, lügen! Sinnlose, stundenlange Appelle an die Vernunft. Abstreiten. Gebrüll, Gejammer. Abstreiten. Appelle an die Vernunft. Abstreiten.

### Ohne Therapie geht es nicht!

Irgendwann ist es dann trotzdem so weit: Der Kranke gibt seine Krankheit zu.

Vielleicht ist es das erste Mal, dass er offen darüber sprechen kann. Vielleicht tut es erstmal unendlich gut. Aber die Phase „Erkenntnis und Einsehen des Problems“ dauert meist nicht lange.

Irgendwann erkennt die Umwelt, was der Kranke mit Händen und Füßen zu vermeiden versucht: „Ohne Therapie geht es nicht“.

Als ich selbst mit einer (vorerst ambulanten) Therapie begonnen habe, war auf einmal alles ganz anders: Zwar habe ich es teilweise ganz nett gefunden, zur Abwechslung wieder einmal größere Mengen essen zu dürfen, ohne danach exzessiv Sport betreiben zu „müssen“, aber das war's auch schon. Der Rest war furchtbar: das Abwiegen! Sich darüber freuen müssen, dass man *zugenommen* hat. Das ist doch kaum möglich – lange Zeit schien nur das Gegenteil ein Erfolg zu sein!

Man hat einfach das Gefühl, etwas zu zerstören, das man sich mühevoll „erar-

beitet“ hat: Ein möglichst niedriges Gewicht soll auf einmal so schnell wie möglich wieder normal hoch werden. Normal und gewöhnlich und durchschnittlich. So wie halt viele Mädchen aussehen. Nicht zu dünn. Nicht krank!

Bei mir selbst, aber auch bei vielen anderen Patienten geht das Zunehmen erst einmal gar nicht so leicht: Die Ärzte haben mir erklärt, dass meine Darmzotten ihre Oberfläche verkleinert haben. Weil lange Zeit so wenig Nahrung durch den Darm geschleust worden war, haben sie ihre energieaufwendige Funktion auf ein Minimum reduziert. So kam es, dass ich in den ersten Wochen trotz 3000 kcal/Tag fast gar nichts zunahm. Das erschwerte die Angelegenheit erheblich: Hat man plötzlich den Entschluss gefasst, zuzunehmen, isst man z. B. 3 Tage lang die erforderliche Menge mit Todesverachtung in sich hinein. Danach steigt man auf die Waage, sieht, dass sich das Gewicht kaum verändert hat, und denkt sich: „Du siehst, du kannst gar nicht zunehmen! Die Ärzte versuchen, dich gegen deine physiologische Anlage zu füttern! Hör auf damit, noch ist (fast) nichts passiert. Dein Traumgewicht ist noch in Reichweite! Mach jetzt nicht alles kaputt!“

Nachdem man einmal diese erste Phase durchbrochen hat, nimmt man plötzlich in kurzer Zeit 3 bis 4 kg zu. Doch da man zu diesem Zeitpunkt fast nur „körperlich“ der Gesundung entgegengekommen ist, sind das kranke Denken und Handeln und die Angst vor dem Dicksein noch immer tief verankert. Irgendwann kommt der tote Punkt: Man fühlt sich plötzlich „gesund“, da man ja „schon einiges zugenommen hat“. Man will die Therapie abbrechen. Man will einfach ein Leben lang „so bleiben“ – etwa 4 kg über dem niedrigsten Gewicht, das man je hatte.

Auch bei mir war dieser Punkt bald gekommen: Ich weigerte mich strikt gegen weitere Gewichtszunahme, und so wurde ich, nach einigen Monaten an vergeblichen Versuchen, stationär eingewiesen.

Für mich begann die Hölle: Da mein Gewicht, wie es auf der Station üblich ist, in ein „Gewichtsschema“ eingetragen wurde, das eine Gewichtszunahme von 100 g/Tag quasi unumgänglich machte, war ich völlig verzweifelt. Ich setzte alle

nur möglichen Tricks ein, um mein Gewicht trotzdem zu halten; insgeheim hoffe ich, entlassen zu werden, da die Ärzte einsehen sollten, dass ich „von Natur aus so dünn gemacht sei“ und deshalb nicht zunehmen könne: Ich trank Wasser vor dem morgendlichen Wiegen, gab meinen Harn schon am Abend davor ab und wärmte ihn in heißem Wasser, damit es nicht auffallen sollte, wie kühl er war. Ich verringerte die stündliche Flussrate der Magensonde und stellte mir in der Nacht den Wecker, um die Sonde heimlich für einige Stunden abzuschalten. Alles half nichts: Das Pflegepersonal bemerkte natürlich, dass ich mit „gezickten Karten“ spielte und informierte die Ärzte. Zweimal wurde meine Kurve einige Kilos hinuntergesetzt, um mir die wochenlange Magensonde zu ersparen. Schließlich sah ich langsam ein, dass mir geholfen werden musste.

## Gewichtsverlust durch Sport

Um das Zunehmen wenigstens nicht allzu negativ zu erleben, trieb ich weiterhin relativ viel Sport: Turnen im Sportverein und Laufen in der Freizeit und bei Laufveranstaltungen! Wenn ich etwas gegessen hatte, „tröstete“ ich mich damit, dass ich bestimmt zum Großteil nur Muskeln zunehmen würde. So war es dann auch.

Deshalb musste ich den Sport ein bisschen „zurückschrauben“ und zusätzlich mehr essen. Das war für mich am Anfang kaum vorstellbar, ging dann aber bald besser: Ich merkte, dass 300 kcal auf oder ab keine nennenswerte Gewichtszunahme verursachen. Dass man nicht gleich 1 kg zunimmt, wenn man an einem Tag weniger Bewegung macht. Am Wichtigsten war für mich jedoch, zu sehen, dass die körperliche Leistungsfähigkeit mit ansteigendem Gewicht wirklich zunimmt. Das hat mich, glaub ich, am meisten motiviert!

## So geht es mir heute

Leider ist mein Körperfettanteil noch immer zu gering, um eine normale Entwicklung der weiblichen Geschlechtsmerkmale zuzulassen. Ich „arbeite“ im Moment am „Herbeiführen“ der Regelblutung durch ein besseres Fett-Muskel-Ver-

hältnis. Da ich die Regel noch nie hatte, weiß ich nicht, bei welchem Gewicht sie sich einstellen wird. Das macht mich unsicher, aber obwohl es schwer ist, nehme ich langsam weiter zu.

Immer wieder fragen mich Leute, warum ich so Angst vor dem „Dickwerden“ hätte. Ich sei doch „meilenweit“ davon entfernt.

Tatsache ist, dass man sich als Essgestörte nicht in der Weise im Spiegel sieht, wie einen andere Personen wahrnehmen: Die meisten – und auch mir ging/geht es so – sehen sich „in die Breite verzerrt“. Meistens sieht man besonders eine bestimmte Körperregion „falsch“; bei mir waren/sind es die Beine: Sooft ich in den Spiegel schaue, kommen mir meine Oberschenkel zu dick und meine Unterschenkel ebenso dick wie die Oberschenkel vor. Das läuft jetzt schon sein etwa 3 Jahren so verkehrt, und ich kann es nicht ändern. Die Ärzte sagen, dass diese „Dysmorphie“ nur vorübergehend ist. Ich hoffe es auch.

Manchmal probiere ich die Hosen meiner jüngeren Schwester. Sie ist gleich groß wie ich, aber etwas schwerer. Wenn ich sehe, dass mir ihre Hosen viel zu weit sind, glaube ich, dass ich Dysmorphie habe. Wenn ich aber wieder in den Spiegel schaue, fällt mir das Verstehen dieses Symptoms recht schwer.

Alles in allem habe ich das Gefühl, dass sich ein Aufwärtstrend in meinem Gesundheitsprozess erkennen lässt: Ich kann auswärts essen. Ich kann auch Hamburger und Pizza essen (aber nur unter großer „Anstrengung“). Ich habe viele verschiedene Hobbys und Verpflichtungen, sodass ich nicht viel Zeit habe, ans Essen zu denken.

Mein Gewicht geht auch langsam bergauf.

## ➤ Etwas zu essen, was nicht „geplant“ ist, fällt mir immer noch schwer

Was mir noch schwer fällt, ist, etwas zu essen, das nicht „geplant“ ist: Wenn mich beispielsweise jemand auf einen Kaffee einlädt, geht im Kopf meistens der Kalorienrechner los: „... ein kleiner Cappuccino mit Milchschaum hat 80 kcal. Wenn du

den trinkst, solltest du zu Mittag ein etwas kleineres Stück Fleisch essen...“

Das zipft mich zum Glück ziemlich an! Am Liebsten würde ich immer essen können, was die anderen auch essen. Das „Nach-Plan-Essen“ grenzt einen nämlich total aus! Wenn man nämlich in einer fröhlichen Runde im Café sitzt und jeder vor einem Eisbecher sitzt, wobei eine Person an einem Gläschen stillen Mineralwassers nippt, wird die Stimmung einfach weniger lustig. Dies habe ich, ohne dieses Phänomen erklären zu können, oftmals erlebt.

Ansonsten geht es mir im Moment ganz gut: Ich treibe jeden Tag 20 Minuten Sport, esse halbwegs „normal“ und trinke dazu immer wieder Nahrungskonzentrate.

Zur Gewichtskontrolle muss ich etwa 2-mal pro Woche. Das nervt mich zwar, aber was sein muss, muss sein!

Abschließend möchte ich mich noch ganz besonders bei meinen betreuenden Ärzten bedanken, dass sie mich so verständnisvoll unterstützen!

Inga Reiter<sup>1</sup>, 17 Jahre

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. P. Scheer



Psychosomatik und Psychotherapie, Department für allgemeine Pädiatrie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, LKH-Klinikum Graz  
A-8036 Graz  
peter.scheer@klinikum-graz.at

<sup>1</sup> Name geändert