

# Frühkindliche Essstörungen



Foto: beige stellt

Univ.-Prof. Dr. Marguerite DUNITZ-SCHEER  
 (Foto)  
 Univ.-Prof. Dr. Peter J.Z. SCHEER  
 Mag. Sabine MARINSCHKEK  
 Mag. Karoline PAHSINI

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde  
 Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie  
 Auenbruggerplatz 30, 8036 Graz  
 Tel.: +43(0)316/385-12679  
 Fax: 0316/385-13264

[www.notube.at/NETCoaching](http://www.notube.at/NETCoaching)  
[www.meschugge.net](http://www.meschugge.net)  
[www.kinderpsychosomatik.at](http://www.kinderpsychosomatik.at)

Die Komplexität des Spektrums frühkindlicher Essstörungen reicht von der Sorge einer Mutter über die Frage der richtigen Ernährung über das immer häufiger werdende hochselektive Essverhalten bis zur lebensbedrohlichen Gedeihstörung oder infantilen Anorexie, welche eine lebensbedrohliche Krise darstellt. Die Aufgabe besteht für den Kinderarzt darin, die Gratwanderung zwischen den sehr häufigen reaktiven Störungen und den seltenen Krankheiten im engeren Sinne zu meistern.

## Klassifikation und Diagnose

Beim Vorgang des Essen-Lernens werden grob 7 Phasen unterschieden, **von welchen vor allem die ersten beiden dem kindlichen Willen** unterstehen:

Wichtig ist grundsätzlich, dass ein erfahrener

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
7. Kolische Phase	Stuhlmechanik, Peristaltik, Resorption

Diagnostiker die Causa bearbeitet, da immer die Gefahr besteht, dass Kinder mit Essverhaltensstörungen zur „Durch-Untersuchung“ geschickt werden, dort durch die Untersuchungen selbst weiter belastet aus der Diagnosestraße mit dem Label „keine organische Diagnose zu finden“ entlassen werden.

Grundsätzlich gilt die Empfehlung, jedes Kind welches in keinem klinisch bedrohlichen Zustand vorgestellt wird erst einmal für den Zeitraum von 1-2 Wochen beratend zu begleiten.

Essverhaltensstörungen zeigen sich in unterschiedlichen Ausprägungen. Nach Irene Chaatoor werden für die 1. Achse („Psychiatrische Ebene“) des ZTT-DC R (Zero to Three, Diagnostic Classification) folgende Subgruppen von Essverhaltensstörungen (F 98.2 n. ICD 10) unterschieden:

1. Fütterungsprobleme bei Regulationsstörung
2. Essverhaltensstörung bei Bindungsstörung
3. Infantile Anorexia, Individuationsstörung
4. Neurosensorische Essverhaltensstörung
5. Post/concurrent medical disorder food Aversion
6. Post-traumatische Ess-Fütterungsstörung

## Ad 1: Fütterungsprobleme bei Regulationsstörung

Darunter versteht man den schwierig zu ernährenden Säugling. Das Baby scheint unkonzentriert und unruhig zu sein. Es sendet unklare Hunger-Signale aber sein „Zeitfenster“, in welchem es bereit ist, gefüttert zu werden, ist extrem kurz. Das Kind ist durch jegliche Reize leicht ablenkbar. In der Literatur werden die betroffenen Babies seit Jahrzehnten auch „Schreibabies“ genannt. Der Säugling erscheint insgesamt organisch gesund, allerdings regulationsauffällig.

### Therapeutische Schwerpunkte:

1. Beobachtung einer Fütterungsszene,
2. Abstillen verhindern ,
3. Einbezug des Vaters von Beginn an,
4. Maßnahmen empfehlen, welches es den Müttern erlauben, so gelassen wie möglich das Zeitfenster des Essenswunsches des Kindes zu erkennen und darauf zu reagieren,
5. Wegnehmen des Druckes, eine Gewichtszunahme erzielen zu müssen,
6. Informationen und ruhige Aufklärung.

## Ad 2: Essverhaltensstörung bei Bindungsstörung

Hierbei beginnt die Fütterungsproblematik meist erst nach 2-3 Monaten. Die Kinder weisen ein langsames, aber stetiges Herausfallen aus der Gewichtszentile auf und sind oft jene psychiatrisch kranker Mütter. Die Kinder lächeln später und sind in ihrer Responsivität und Kommunikationsentwicklung verlangsamt.

**Therapeutische Schwerpunkte:**

1. Die Mutter im Falle einer psychiatrischen Erkrankung einer medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Behandlung zuführen,
2. Die Bindungssituation für Mutter und Kind verbessern,
3. Durch Elternschulung, -begleitung und -beratung an der Sensibilität im Handling arbeiten.

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

**Ad 3: Frühkindliche Anorexie, Individuationsstörung**

Es ist paradox aber nicht unerwartet, dass sich gerade wohl entwickelte, kluge Erstgeborene ausgerechnet die Essensszene als Kampfbühne des notwendigen kindlichen Autonomiekampfes gegen das mütterliche Kontrollbedürfnis aussuchen!

In der Individuationsphase (ab dem 7.-9. LM) kommt es beim Säugling zu einer revolutionären Neuorientierung in der Fütterungsszene, die dadurch gekennzeichnet ist, dass das Kind nun relativ plötzlich alles selbst machen will und die Mutter dies schwer/nicht zulassen kann. Das Kind möchte z.B. den Löffel nun selbst halten!

**Die Mütter dieser Kinder sind oft ehemals selbst essgestörte Frauen.**

Die Kinder sind schwerwiegend untergeordnet, wodurch es in den meisten Fällen zur Lebenserhaltung des Kindes zu einer Implantation von Ernährungs sonden kommt. Diese Kinder werden per Sonde ernährt ohne dass es eine zu Grunde liegende medizinische Ursache gibt. Die Diagnose tritt konsequenterweise - genauso wie die Pubertätsmagersucht - in hungernden Kulturen nicht auf.

**Therapeutische Schwerpunkte:**

1. Den Machtkampf möglichst früh beenden; bei stabilem AZ die diagnostische „Abklärung“ unterbrechen
2. Fingerfood verwenden
3. Mutter muss während den Mahlzeiten des Kindes auch selbst essen
4. Externe Gewichtsmonitorisierung, max. 1x wöchentlich, Gewichtsstillstand von 1-2 Monaten akzeptieren

**Ad 4: Neurosensorische Essverhaltensstörung**

Mit diesem Begriff werden verschiedene Störungen bezeichnet, die alle gemeinsam mehr „organischere“ Qualität zeigen. Die betroffene

nen, oftmals postasphyktischen Kinder, sind hypersensitiv bezüglich des Schluckvorganges; oftmals kann ein Eindicken der Milch das klinische Problem bereits lösen. Großer zeitlicher Aufwand des Fütterns kann als charakteristisch für diese Störung angesehen werden.

**Therapeutische Schwerpunkte:**

1. Beobachtung (wenn möglich mit Videodokumentation) einer tatsächlichen Fütterungssituation, um das Ausmaß neuro-koordinativer versus interaktiver Problematik einzuschätzen,
2. Beratende Mitentscheidungshilfe geben,
3. Zusammenarbeit mit einem Team von Logopäden bzw. Ergotherapeuten, welche auch über intraorale Messtechniken verfügen,
4. Objektivität bei der Abklärung eines GÖR mit anschließender Sondierungsindikation,
5. Impedanz-ph-metrie kann als sinnvolle Objektivierung

Zentral ist, dass die Kinder im Vergleich zu den oben genannten Störungsbildern essen möchten, aber es technisch nicht gut oder ausreichend schaffen.

**Ad 5: Post medical disorder food aversion**

Diese Essverhaltensstörung betrifft verlängerte Phasen der Nahrungsverweigerung. Alle Essverhaltensstörungen, die im Zusammenhang mit einer aktuellen oder vergangenen medizinischen Problematik stehen, werden durch diese diagnostische Kategorie klassifiziert.

**Therapeutische Schwerpunkte:**

1. Die zugrunde liegende Erkrankung behandeln,
2. Beruhigende Unterstützung durch den Kinderarzt.

**Ad 6: Posttraumatische Essverhaltensstörung**

Wenn auch ätiologisch inhomogen, zeigen diese Kinder eine ganz typische Verhaltensweise: Abwehr! Durch geschicktes Kopfabwenden und Mundschließen verweigern die Kinder die Nahrungsaufnahme. Die Ursachen dieser Störung sind häufig mit einer vorherigen Erfahrung eines übergriffigen Fütterungsverhaltens („force feeding“), mit vorangegangenen oralen Traumata (wie Mundpflege im Rahmen der Intensivpflege) oder mit anderen unspezifischen Verletzungen der Autonomie und Intimsphäre des Kindes verbunden.

Die Kinder, egal wie alt, scheinen vor der gesamten Fütterungssituation Angst zu haben!

Mütter berichten über einen Teufelskreis, haben beim Füttern einer Mahlzeit bereits Angst vor der nächsten und fühlen sich von dem gesamten Essensthema überfordert. Charakteristisch ist also die Paarproblematik zwischen der Mutter und dem Kind.

**Tipps für das Erstgespräch**

**1. Mit dem Kind Kontakt aufnehmen:**

Es geht darum, eine primäre Koalition mit der Mutter zu vermeiden. Das Baby oder das Kleinkind verdient Respekt, und eine faire Chance, sowie Esslernpotential als auch Entwicklung in der neuen Begegnung darzustellen.

Wenn möglich sollte Essen – scheinbar zufällig – im Raum sein. Ein Körbchen am Tisch mit einer Kleinigkeit, die als Test dienen kann, wie und ob überhaupt ein unkommentiertes und unaufgefordertes Interesse des Kindes zu einem unspezifischen Nahrungsmittel besteht.

**2. Die Väter mit einbeziehen:**

Das frühmöglichste Einbeziehen des oftmals lange unsichtbaren „Dritten“ ist ein manchmal sogar entscheidender erster Schritt. Durch den Vater gewinnt der Arzt eine andere Perspektive des Problems.

**3. Kurzfristige und längerfristige Ziele definieren:**

Dazu ist es wichtig, die Erwartungen aller Beteiligten gleich von Anfang an anzusprechen und Fragen bezüglich „worst possible szenario“ offen auszusprechen. Das Wiegen des Kindes sollte nun der Arzt übernehmen. Das erste Ziel ist nicht primär eine Gewichtszunahme sondern die subjektive und qualitative Besserung der Fütterungssituation für das Kind. In dieser Phase darf zugunsten der wachsenden kindlichen Autonomie und Selbstständigkeit das Gewicht erst einmal stagnieren. Erst wenn eine qualitative Besserung über 2-3 Wochen eingetreten ist, ist langsamer und stetiger Gewichtsanstieg wieder zu erwarten.

**Sondenkinder**

In der pädiatrischen Population gibt es eine neue Gruppe von Patienten, welche als sondendependent bezeichnet werden. Damit ist eine weitgehend iatrogen entstandene

Morbidität entstanden, die durch junge und kleine Kinder charakterisiert ist, welche nach primär meist medizinisch notwendiger Sondierung unbeabsichtigt von der Sondenernährung abhängig geworden sind, weil der Übergang zu einem selbst gesteuerten Essenlernen bei ihnen nicht erfolgt ist. Die Univ. Klinik für Kinder- und Kleinkinder in Graz hat sich vor allem in den letzten 15 Jahren spezifisch mit dem Thema der schweren und therapierefraktären frühkindlichen Essstörungen und im Speziellen mit der Sondenentwöhnung beschäftigt.

Neuerdings bietet die *spin-off Firma NoTube GmbH* ([www.notube.at](http://www.notube.at)) auch medizinisches Coaching via Internet an. Dadurch können die Kinder in ihrer vertrauten Umgebung bleiben. Die Behandlung erfolgt über Videoanalysen, tägliche Ernährungsprotokolle und 2x tägliche „Cybervisiten“. Bisher wurden seit 2008 mehr als 120 Kinder mit dieser hocheffektiven telemedizinischen Methode behandelt.

## Zentrale Folgerungen für Sondenkinder in der Praxis

1. Gewichtskontrollen sollten monatlich durchgeführt werden, ebenso wichtig ist die Einschätzung der Effizienz der Sondenernährung (Optimierung des kalorischen Index) und die Abschätzung etwaig störender Nebenwirkungen wie Erbrechen, Übelkeit, Schmerzen.
2. Je nach der Indikation der Sondenlegung ist die erwartete Dauer der Sondenversorgung von Anfang an anzusprechen und ggf. eine Exit-Strategie festzulegen.
3. Eine nasogastrische Sonde sollte bei reifgeborenen Kindern grundsätzlich nicht länger als 4 Wochen liegen.
4. Besteht nach diesem Zeitraum eine klare Indikation einer Langzeitversorgung mittels enteraler Ernährung 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 deutlich weniger Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens und ihrer Entwicklung.
5. Bei langzeitiger Sondenversorgung ist eine funktionelle Ösophagusdiagnostik wie auch Kontrolle der nutritiven Parameter mindestens 1x jährlich zu empfehlen.

Adaptiert nach dem gleichnamigen Artikel in *Monatsschr Kinderheilkd* 2007 • 155:795–803 (M. Dunitz-Scheer, M. Tappauf, K. Burmucic, P. Scheer)

## Literatur

- 1 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
- 2 Birch LL, Fisher JA (1995) Appetite and eating behavior in children. *Pediatric Clinics of North America* 42: 931-953
- 3 Birch LL, Fisher JO. *Development of Eating Behaviors among Children and Adolescents* (1998) *Pediatrics* 101:539-49
- 4 Birch LL, Johnson SL, Andersen G (1991) The variability of young children's energy intake *NEJM* 111:232-5
- 5 Brisch KH (1999) Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- 6 Chatoor I (2002) Feeding disorders in infants and toddlers: Diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 11: 163-183
- 7 Chatoor I, Dickson L, Schaefer S, Egan J (1985) A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: Diagnosis and treatment. In D. Drotar (Hrsg.), *New directions in failure to thrive*, New York: Plenum. S. 235-258
- 8 Chatoor I, Ganiban J, Harrison J, Hirsch R (2001) Observation of feeding in the diagnosis of posttraumatic feeding disorder of infancy. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 40: 595-602
- 9 Chatoor I, Getson P, Menvielle E, Brasseaux C, O'Donnell R, Riversa Y, Mrazek DA (1997) A Feeding Scale for Research and Clinical Practice to Assess Mother-Infant Interactions in the First Three Years of Life. *Infant Mental Health Journal* 18: 76-91
- 10 Dunitz M, Scheer PJ, Kvas E, Macari S (1996) Psychiatric diagnosis in infancy: a comparison. *Infant Mental Health J* 17: 12-24
- 11 Dunitz M, Scheer PJ, Trojovský A, Kaschnitz W, Kvas V, Macari S (1996a) Changes in psychopathology of parents of non-organic failure to thrive infants during treatment. *Eur Child Adol Psychiatr* 5: 93-100
- 12 Dunitz-Scheer M, Scheer PJ, Dunitz-Scheer NA (1997) Interaktionsdiagnostik. In: Keller H (Eds): *Handbuch der Kleinkindforschung*. Huber, Bern 3. Eds. S 209-234
- 13 Dunitz-Scheer M, Schein A (2001) Ernährung und Entwicklung. *AFS Rundbrief*, 4: 7-11
- 14 Dunitz-Scheer M, Wilken M, Krasnovsky A, Scheer P (2004a) Weaning of the feeding tube in early infancy. In: Remschmid H, Belfer M (Eds): *Book of Abstracts of the 16th World Congress of the IACCP*. Steinkopff, Darmstadt S. 99
- 15 Dunitz-Scheer M, Wilken M, Lamm B, Scheitenberger S, Stadler B, Schein A, Huber A, Schober P, Scheer P (2001) Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit. *Monatsschr Kinderheilkd* 149: 1348-1359
- 16 Dunitz-Scheer M, Wilken M, Walch G, Schein A, Scheer P (2000) Wie kommen wir von der Sonde los?! Diagnostische Überlegungen und therapeutische Ansätze zur interdisziplinären Sondenentwöhnung im Säuglings- und Kleinkindalter. *Kinderkrankenschwester* 19: 448-456
- 17 Hornstein C, Trautmann-Villalba P, Hohm E, Rave S, Wortmann-Fleischer S, Schwarz M (2006) Maternal bond and mother-child interaction in severe postpartum psychiatric disorders. *Women's Mental Health*, 9, 279-284
- 18 Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (Eds.) (2004) *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Huber
- 19 Scheer P, Dunitz-Scheer M, Schein A, Wilken M (2003) DC: in pediatric liaison work with eating behavioral disorders. *Infant Mental HJ* 24:428-436
- 20 Scheer PJZ, Dunitz M (2000) Cross-cultural perspectives on infant mental health: German, Austria and Switzerland. JD Osofsky, HE Fitzgerald (eds): *WAIMH. Handbook of Infant Mental Health*, Vol. 1, J. Wiley, New York, Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, 2000, 295-319
- 21 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
- 22 Trabi T, Dunitz-Scheer M, Scheer P (2006) Weaning in children with congenital heart diseases from nutritional tube is easier as in other children. *Cardiology* 106: 167
- 23 Wilken M, Jotzo M (2004) Sondenentwöhnung bei Kindern. *Heilberufe* 56:38-39
- 24 Wilken M, Scheer P, Dunitz-Scheer M (2004) Posttraumatische Fütterungsstörung bei Früh- und Risikogeborenen. *Z Psychotrauma psychotherap Medizin*. 2: 8-18
- 25 World Health Organization. *ICD 10 International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems: 10th Revision. 2nd ed.* Geneva: World Health Organization 2005
- 26 Zero to Three. DC: *0-3R Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition*. 2006