

## EINLEITUNG

Ärzte wie auch paramedizinische Therapeuten (z.B. Psychologen, Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen) sollten ihre diagnostischen Eindrücke und Forschungsergebnisse in einer reproduzierbaren Art und Weise beschreiben. Internationale Klassifikationssysteme sind dabei brauchbare Instrumente, klinische Beobachtungen und wissenschaftliche Daten auf der Basis von klar definierten, deskriptiven Symptomen ohne ätiologische Hypothesen schriftlich festzulegen. Nachdem ICD 10 keine Kategorie aufweist, in welcher Ess- oder Fütterungsstörungen bei Kindern charakterisiert werden, verwenden wir seit nahezu 20 Jahren das multiaxiale DC 0-3 System routinemäßig in unserer Arbeit. Die Leiter des „Grazer Modells“ engagierten sich als Pädiater in der Arbeitsgruppe des NCCIP, welche 1994 die erste Ausgabe des ZTT DC 0-3 in Washington publizierte. Glücklicherweise wurde in der revidierten Ausgabe 2005 die Hauptkategorie „Essverhaltensstörung“ (600) in weitere 6 Subkategorien eingeteilt und gut beschreiben. Leider gibt es aber noch immer keine Möglichkeit, den zunehmend häufigeren Vorstellungsgrund der Sondenabhängigkeit/Sondendependenz zu klassifizieren. Grundsätzlich sind die sechs aktuellen Hauptkategorien - welche auf die Klassifikationsvorschläge von Irene Chatoor zurückgehen - sehr hilfreich und bieten spezifische Anleitungen für therapeutische Interventionen an.

Es folgen die Spezifische Merkmale der DC 0-3R Kategorien, welche grundsätzlich nach altersphasentypischen wie auch nach psychodynamischen und somatischen mit beeinflussenden Variablen unterschieden werden.

### **Fütterungsstörung durch Regulationsstörung, DC 0-3 R, 601**

Die Vorstellung eines sehr jungen Säuglings mit dieser Störung, welche meist schon in den ersten zwei Lebensmonaten auftritt, ist sehr charakteristisch und spezifisch: Wenn das Baby trinken möchte, ist es meist ruhelos und hungrig, saugt für 3 oder 4 Sekunden, dreht aber dann sein Köpfchen von Brust oder Flasche weg und beginnt heftig zu schreien! Dieses Verhalten wiederholt sich ständig, resultiert in schlechter Gewichtszunahme und Anspannung und Erschöpfung auf allen Seiten. Das Baby wird als aufgeregt beschrieben, es braucht wenig Schlaf, ist sehr anspruchsvoll und sehr selten glücklich und entspannt. Das Füttern hat meistens schon seit der Geburt nicht gut funktioniert und neigt dazu, immer schlechter zu werden.

Dem behandelnden Arzt oder involvierten Therapeuten wird bei der Schilderung dieser Charakteristika geraten, eine Fütterungsszene zu beobachten und sich vorerst zurückzuhalten, irgendwelche weiteren Untersuchungen (sog. Durchuntersuchung) anzuordnen. Da die Fütterungsprobleme die generellen Schwierigkeiten des Kindes in seiner Regulationsfähigkeit widerspiegeln, muss dieses Faktum gezielt in der Elternberatung therapeutisch angesprochen werden. Jede Form einer nicht dringend indizierten medizinischen Untersuchung wird diese Situation negativ beeinflussen und dem Kind unter Umständen sogar schaden. Die Behandlung muss so schnell wie möglich beginnen und wird Erfolg zeigen, sobald das Baby dabei unterstützt wird, seine Grundstimmungen zu regulieren und organisieren.

Das Fütterungsproblem wird meist als Teil der Beratung des Gesamtproblems der Regulationsstörung mit gelöst. Geschulte Physiotherapeuten sind dabei eine große Hilfe. Die Rolle des Arztes ist es, den Eltern die Regulationsstörung zu erklären, Literatur anzubieten und diese so lange zu begleiten, bis das Baby sich besser regulieren kann und darum ruhiger wird. Da Eltern die Schwierigkeiten und Symptome ihres Kindes als direkt gegen sie gerichtet missinterpretieren könnten, ist eine derartige Situation ein Risiko für Kindesmissbrauch – sofortige Intervention und effektive Hilfe ist entscheidend.

Zusammenfassung DC 0-3R, 601: Ein Kind, welches begierig zu saugen beginnt, dann aber aufhört und aufgeregt wird, ist typisch für die Diagnose der Regulationsstörung; in den meisten Fällen ist diese vom hypersensitiven oder desorganisierten Typus. Die therapeutische Aufgabe ist es, so schnell wie möglich gezielte und spezifische Beratung zu organisieren.

### **Essverhaltensstörung in Zusammenhang mit Bindungsproblemen DC 0-3 R, 602**

Wenn man als Beobachter Zeuge einer Fütterungsszene dieses Typus wird, könnte zu der Wahrnehmung von Erschöpfung, Depression, Verzweiflung, einer geringen Frequenz von Kommunikationssignalen, geringem Interesse sowie wenig Blickkontakt zwischen Mutter und Kind kommen. Im Beobachter selbst kann die Übertragung Müdigkeit und sogar Erschöpfungsgefühle auslösen.

Bei dieser Fütterungsstörung ist es vor allem die Atmosphäre zwischen Mutter und Kind die an sich charakteristischer, als irgendein spezifisches Symptom. Psychodynamische Begutachtungen müssen sich auf die emotionale Situation der Mutter konzentrieren, ihre Beziehungs- sowie sozioökonomische Situation mit einbeziehen; sie könnten große Defizite zeigen, welche sich in unspezifischem Stress, der sich als Lethargie, Desinteresse, Frustration oder Uneinfühligkeit bis hin zu Ärger und Feindseligkeit in der Fütterungsszene äußern. Das Kind, in der Regel 3-4 Monate alt, wird gebracht, da es sich nicht normal zu verhalten scheint. Das Stillen wurde meist nach 2-3 Wochen abgebrochen, füttern mit der Flasche scheint ein wenig besser zu gehen, aber die Nahrungsaufnahme erfolgt langsam, das Baby muss oft für die Mahlzeiten aufgeweckt werden und scheint nicht in der Lage zu sein, klare und eindeutige Hungersignale zu zeigen. Die Mutter wird eher erschöpft, ruhig und besorgt als ängstlich erscheinen. Das Trinken aus der Flasche geschieht ohne jeglichen Enthusiasmus, die gesamte Situation ist durch Traurigkeit und stille Verzweiflung gekennzeichnet. Es könnte auch bei der Mutter eine psychiatrische Erkrankung vorherrschen und oftmals sind die Ressourcen der alleinerziehenden Mutter oder jungen Familie kaum bis gar nicht vorhanden.

Zusammenfassung: Das Ziel der Intervention ist es, das Bindungsproblem zu thematisieren, ein Netzwerk zu installieren und effektive Unterstützung und sofortige Hilfe zu organisieren.

### **Individuationsstörung, infantile Anorexie, DC 0-3 R, 603**

Dieser Zustand zeigt sich dramatisch, ohne auf den ersten Blick akut medizinisch kritisch zu erscheinen. Eine verzweifelte Mutter kommt als Notfall: Mein Kind hat komplett aufgehört zu essen! Während sie dies sagt, kommt ein herziges kleines Kind herein. Wenn Sie dies mit: Gut, bitte beruhigen Sie sich, dies kann nicht komplett richtig sein! kommentieren, wird die Mutter niemals wieder mit Ihnen sprechen! In diesem Fall beginnt das Fütterungsproblem erst nach einigen Monaten unauffälligen Fütterns. Das Baby, welches meist 6-8 Monate alt ist, entwickelt sich hervorragend und beginnt, die Welt selbst zu erkunden. Das Sitzen ist stabil, der Muskeltonus ist gut, das Kind greift nach Essen (vor allem nach jenem auf Tellern von anderen Personen) und möchte den Löffel selbst halten. Aufgrund eines erhöhten und irgendwie obsessiven Wunsches nach Kontrolle, Zeiteinteilung, Sauberkeit und Ordnung (was im Zusammenhang mit der Wahrnehmung, weniger exklusiv vom Baby gebraucht zu werden sowie einem Mangel an akademischen Input bei vorheriger beruflicher Tätigkeit stehen könnte) fühlt sich die Mutter für das Füttern von exakten Nahrungsmengen und –inhalten verantwortlich (Chatoor et al., 2004). Der wachsende Wunsch des Kindes, die Welt zu

selbstständig zu erkunden und autonom zu werden prallt auf die stressige Atmosphäre von Angst, Kontrolle und Druck rund um die Fütterungszeiten durch die Mutter. Dieses Kind wird wachsenden Widerstand zeigen, was wiederum dazu führt, dass die Mutter stärker darum bemüht ist, das Kind „zurück in ihren Schoß“ zu holen. Die Fütterungsszene wird bald für beide zu einem Alptraum werden. Väter tendieren dazu, hilfreiche Anmerkungen wie „Ich würde vorschlagen, dass du es ein wenig leichter nehmen solltest“ zu geben. Ebenso äußern Großmütter und Schwiegermütter weitere zwar gut gemeinte, aber ineffektive und irritierende Kommentare. Das Resultat ist Verweigerungsverhalten schon beim bloßen Anblick oder der Zubereitung von Mahlzeiten. Das Kind leidet deutlich unter den wiederholt intrusiven und nicht einfühlsamen Esssituationen. Es könnte auch Angst und Furcht zeigen und sogar traumatisiert wirken.

Diese Kinder sind meistens klug und liebenswert in jeder anderen Situation, haben einen starken Willen, sind stur, zeigen eine altersgerechte motorische Entwicklung und sind entschlossen, den Kampf zwischen ihnen und der Mutter, zu gewinnen. Jedes Kind, welches begierig auf Füttern ist, aber nach mehr Selbstkontrolle verlangt, wird damit beginnen, das konstante Angebot von Nahrung zu bekämpfen. Diese Kategorie ist die am meisten auftretende Fütterungsstörung in gut situierten Familien, welche speziell versuchen, jeden Wunsch ihres meist erstgeborenen Kindes zu respektieren (Chatoor, 1989; Chatoor et al., 1998; Chatoor et al. 2000). Die Kinder werden oftmals als Prinzen und Prinzessinen bezeichnet, manchmal sogar als Tyrannen. In der psychiatrischen Literatur werden die Konflikte als „Störung in der Abnabelung“ (Individuationsphase) beschrieben und können im lebensbedrohlichen Zustand der infantilen Anorexie resultieren. Dieser Zustand beginnt meist völlig unerwartet während der bekannten „ich möchte es selbst tun!“ – Phase und führt zum charakteristischen Abknicken und Abflachen der Gewichtsperzentilenkurve am Ende des ersten Lebensjahres (Chatoor, 1989; Chatoor et al 2001; Chatoor & Ganiban, 2003). Eine Magensonde sollte nur bei einem lebensbedrohlichen Zustand empfohlen werden, um gefährliche Unterernährung zu behandeln und ist grundsätzlich als Behandlung dieser Störung kontraindiziert, da die Sonde eine unspezifische Behandlung darstellt. Das Risiko des Kindes, sondenabhängig zu werden ist sehr groß und das Weiterbestehen des zu Grunde liegenden Konflikts ist anzunehmen.

Zusammenfassung ZTT DC 0-3R, 603: ist ein Konflikt zwischen dem wachsenden Bedürfnis des Kindes nach Autonomie (oft bei sehr aktiven Kindern mit guter motorischen Entwicklung welche mehr Energie benötigen) und dem Kontrollbedürfnis der Mutter. Die therapeutische Aufgabe ist es, das Kind aus dem Teufelskreis des immer stärker werdenden Drucks zu befreien, Selbsternährung durch Finger Food zu fördern und die Eltern im Übergang von der Aufgabe als „aktive Fütterer“ hin zu „Bereitstellern von Nahrung“ zu fördern.

#### **Sensorisch bedingte Abneigung gegen Nahrung, DC 0-3, 604:**

Diese Gruppe ist heterogen: Einerseits verwenden wir sie bei Kindern mit neurologischen Defiziten und Schwierigkeiten in der sensorischen Integration; vermehrter Speichelfluss, Würgen, Husten sind Symptome von Dysphagie und beeinträchtigter Schluckfunktion. Diese treten häufig bei Kindern mit sensorischen Wahrnehmungsproblemen, allgemeinem Entwicklungsrückstand, Erkrankungen der Luftröhre, Paralyse der Stimmbänder oder Dysfunktion der Epiglottis und sind spezifisch symptomatisch für Hirnläsionen. Man sieht sie häufig bei Kindern mit schweren intrauteriner oder peripartaler Asphyxie, intraventrikulärer Blutung, angeborenen Chromosomen Aberration und anderen Syndromen, die in Zusammenhang mit beeinträchtigter motorischer Entwicklung, Schwierigkeiten den Muskeltonus angepasst zu regulieren sowie beeinträchtigte Entwicklung der Spiegelneuronen aufweisen, stehen. Kinder, die unter tiefgreifenden Entwicklungsstörungen leiden

müssen ebenso in die Gruppe integriert werden und benötigen ein hochspezifisches und intensives therapeutisches Programm um ihnen dabei zu helfen, ausreichende Fähigkeiten zur Nahrungsaufnahme zu entwickeln. Diese Kinder brauchen alle ein hoch spezialisiertes diagnostisches Assessment ihrer Schluckfunktion um Aspiration auszuschließen, oder, falls diese tatsächliche vorhanden ist, schnellstmögliche Ernährung per PEG-Sonde zu empfehlen. Diese Kategorie steht für das spezifische Vorhandensein von neurosensorischen und sensorischen Wahrnehmungsstörungen im Kontext von Fütterungsstörungen.

Diese diagnostische Gruppe besteht aus 4 Hauptgruppen:

**604.1:** Physisch gesunde Kinder, deren Hauptproblem eine atypische sensorische Reaktion auf Geschmack, Konsistenzen und Gerüche von Nahrungsmittel ist, wie es etwa bei Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, frühkindlichem Autismus oder Down-Syndrom zu sehen ist. Diese Kinder bleiben oft auf einer frühen Entwicklungsstufe ihrer Essentwicklung stehen und scheinen die zu erwartenden weiteren Essentwicklungsschritte in Richtung Löffelkost oder fester Kost nicht zu erlernen. Sie reagieren wenig auf ein attraktives gemischtes Nahrungsangebot, sie scheinen das Konzept von Nahrungsaufnahme nicht zu verstehen, imitieren keine Erwachsenen, füttern keine Puppen und zeigen auf symbolischer Ebene keine spielerischen Fütterungsszenen.

**604.2:** Kinder mit einer nachgewiesenen Entwicklungs- und neurologischen Beeinträchtigung deren Einfluss auf die Saug- und Schluckfunktion oftmals missachtet wird, bis die Fütterungsstörung entdeckt wird. Saugen könnte anfangs gelingen, aber beim Beginn des Zufütterns von püriertem Essen und festen Nahrungsmitteln zeigt sich erstmals die Problematik. Nachdem Essentwicklung ein integrierter Teil der gesamten grob- und feinmotorischen Entwicklung ist, zeigt sich oftmals ein ösophagealer Reflux und jede Pathologie welche in Zusammenhang mit neurologischen und sensorischen Innervationen steht, wird symptomatisch sobald Nahrungsmengen erhöht werden oder eine komplexere Schluckfunktion erforderlich ist.

**604.3:** Picky eaters – hochselektives Essverhalten: Meist sind diese Kinder bezüglich Kognition und anderen Entwicklungsparametern altersgemäß entwickelt. Sie zeigen eine orale Übersensibilität mit sehr ausgeprägten Geschmacks- und Konsistenzpräferenzen und akzeptieren nur wenige Nahrungsmittel. Manchmal scheint es als würde sich ihr Verhalten besonders bei einer speziellen Bezugsperson zeigen, meist tritt das hochselektive Essverhalten allerdings in allen Situationen bei/mit allen Personen auf. Eine Analyse der Ernährung sowie eine Einschätzung von sozialem Gewinn vs. sozialer Benachteiligung ist notwendig, um zu entscheiden, ob und welche Behandlung erforderlich ist.

**604.4:** gemischt oral sensorische Empfindungs- und Wahrnehmungsprobleme mit neurologischen motorischen Defiziten in der Schluckfunktion, Entwicklungsrückstand und einer möglicherweise zu Grunde liegenden neurodegenerativen Erkrankung.

Zusammenfassung: Diese Kategorie benötigt immer eine spezifische interdisziplinäre Analyse und Evaluation der Saug- und Schluckfunktionen und –koordination. Logopäden sind hier eine große Hilfe und sollten mit dem Radiologen und dem HNO-Arzt zusammenarbeiten, um den bestmöglichen Weg zu finden, das betroffene Kind zu ernähren. Bei Kindern, die unter tiefgreifenden Entwicklungsstörungen leiden, muss ein Psychologe mit Spezialisierung auf Entwicklung und Kommunikation in den Behandlungsplan integriert werden.

#### **605: Essverhaltensstörung mit einer zu Grunde liegenden medizinischen Problematik:**

Jegliche zu Grunde liegende medizinische Problematik kann sich auf die allgemeine Entwicklung, den Appetit, die Motivation und die Erkundungsbereitschaft des Kindes negativ auswirken; dies kann sich während der Phase der Erkrankung zeigen und besteht dann auch manchmal nach der körperlichen Genesung. Dies zählt für alle Kinder, die an jeglicher Art von schwerer, zu Grunde liegender medizinischer Problematik leiden wie etwa bronchopulmonale Dysplasie, andere Beeinträchtigungen der Lunge, Immunsuppression nach Organtransplantation, Beeinträchtigung der Nierenfunktion, schwere Hauterkrankungen, Verbrennungen etc.. Wenn Kinder Monate stationärer Behandlung erlebt haben, kann jedes Signal wie auch Verweigerung von Nahrung als positiv aufgenommen werden hinsichtlich ihres wachsenden Sinns für Selbstbestimmung und Zurückfinden in ein normales Leben. Wenn aber schlechter Appetit zu Gewichtsstagnation führt oder sogar zu einem Gewichtsverlust, muss den Kindern deutlich gesagt werden, dass ihr Körper Nahrung braucht, um wieder gesund zu werden. Ausreichende Ernährung ist unter Umständen das wichtigste Medikament für den geschwächten Körper. Manche Kinder werden ein durch die Krankheit entstandenes Gewichtsdefizit leicht aufholen, andere, welche bereits vor ihrer Erkrankung eher leichtgewichtig waren, könnten Ernährungszusätze oder sogar zeitlich begrenzte Supplementnahrungen benötigen. Zeitlich begrenzte Sondenernährung (über PEG-Sonde, sofern die Dauer der schweren Erkrankung auf über 2 Monate geschätzt wird) mit anschließend durch Experten begleiteter Sondenentwöhnung ist definitiv die bessere Wahl als wochenlanges Nörgeln, Mahnen, Drängeln sowie Produzieren einer sekundären oder chronischen Fütter- oder Essstörung.

Alle Essverhaltensstörungen, die im Zusammenhang mit einer aktuellen oder vergangenen medizinischen Problematik stehen, werden durch diese diagnostische Kategorie klassifiziert. Während diese Untergruppe grundsätzlich für posttraumatische Essverhaltensstörungen nach medizinischen Behandlungen stand, welche zB nach Erstickungsepisoden, schweren gastrointestinalen Infektionen, Infektionen im Mundbereich etc. auftreten, zeigt sich, dass auch Kinder nach extremer Frühgeburtlichkeit, nach Organtransplantationen oder Krebserkrankungen, mit kardiologischen, pulmonologischen, nephrologischen und hepatischen Fehlregulationen sowie mit seltenen Stoffwechselerkrankungen, welche einer spezifischen, oftmals sehr schlecht schmeckenden Diät bedürfen, in diese Kategorie inkludiert werden müssen.

Zusammenfassung: In jedem Fall einer zu Grunde liegenden medizinischen Problematik ist es Aufgabe des Mediziners, jene Parameter, die durch die Krankheit oder die dahingehende Behandlung auftreten, zu erkennen bzw. aufzuzeigen, dass es sich Konflikte im Essverhalten handelt, die auf Grund des grundsätzlich positiven medizinischen Fortschritts auftreten. Der Psychologe ist der nächste Partner des Arztes bezüglich dieser Herausforderung; er sollte Spieltherapie oder jegliche andere Formen von unterstützender nicht-direktiver Psychotherapie anbieten.

#### **606: Essverhaltensstörung in Zusammenhang mit Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes**

Ein Kind, das bereitwillig etwa ein Drittel der erwarteten Essensmenge aufnimmt, dann aber zu schreien beginnt und plötzlich unglücklich wird, leidet oftmals unter refluxbedingten Schmerzen. Die meisten Störungen, welche mit diesem Code klassifiziert werden, entstehen nach medizinischen Problemen im Zungen-, Mund-, Rachen-, Speiseröhren-, Magen-, Zwölffingerdarm-, Darm- und analem Bereich. Alle 6 Hauptkategorien können in Zusammenhang mit Reflux stehen, die Kinder werden alle positive Befunde bei Reflux-Untersuchungen aufweisen und selten auf die Medikation

alleine reagieren, wenn der Kernkonflikt der Essverhaltensstörung im Behandlungsplan nicht angesprochen wird. Die Kinder welche in dieser Gruppe klassifiziert werden, haben oftmals Operationen an Gaumenspalten, Ösophagusatresien, Zwölffingerdarmstenosen oder Operationen im Analbereich hinter sich.

### **Seltene Zustände, welche im DC 0-3 R System keine Berücksichtigung finden:**

Ein Kind, das mit der Nahrungsaufnahme beginnt, dann aber sehr plötzlich blass wird und nahezu geschockt scheint, dessen Herzfrequenz steigt und welches zu schwitzen beginnt, leidet möglicherweise an einem Dumping-Syndrom. Diese seltene, aber sehr beeindruckende klinische Präsentation stellt in den meisten Fällen ein medizinisch bedingtes Problem dar, resultierend aus Zwangsfütterung mit zu großen Mengen oder Sondenernährung mit dem falschen Ende der Sonde im Magen was zu schnellem Schluss des Ringmuskels führt.

Einige Zustände im Zusammenhang mit Essverhaltensproblemen haben eine genetische Basis. Die genetische Missbildung kann zu anatomischen, neurosensorischen oder hormonellen Dysregulationen führen, die für die Fütterungsproblematik verantwortlich sein können. Eine retrospektive Analyse von zuvor ausschließlich sondenernährten Kindern mit Chromosomenanomalien, welche ohne jegliche Probleme entwöhnt werden konnten, zeigt, dass der Einfluss auf die Eltern eher verantwortlich für das Fütterungsproblem ist, als die neurologische oder anatomische Situation.

Posttraumatische Essverhaltensstörungen müssen nach Erstickungserfahrung und wiederholten oralen Traumata in Erwägung gezogen werden, unabhängig von der möglicherweise eindeutigen medizinischen Indikation. Je schneller die Eltern Unterstützung erhalten, um über die Situation emotional hinwegzukommen, desto leichter wird es ihnen fallen, ihr Kind auf ähnliche Weise zu unterstützen.

Die Sondendependenz selbst, d.h. eine unbeabsichtigte physische und teils auch emotionale Abhängigkeit an der Sonde zu verweilen zeigt ein eindrucksvolles verweigern jeglicher Ess-Lernschritte, auch wenn keine medizinische Notwendigkeit für eine Sondenernährung mehr gegeben ist. Unsere Website [www.notube.at](http://www.notube.at) bietet viel einschlägige Literatur darüber.