

Vorübergehende Schwierigkeiten der Nahrungsaufnahme sind bei Säuglingen und Kleinkindern recht häufig. Säuglinge neigen dazu, aufgenommene Nahrung zu erbrechen und hoch zu würgen; Kleinkinder sind oftmals sehr wählerisch und verweigern viele der ihnen angebotenen Nahrungsmittel.

Bei manchen Kindern nehmen diese Probleme im Laufe ihrer Entwicklung aber nicht ab, sondern zu. Es ist sowohl für Eltern als auch für das Kind sehr belastend, wenn jede Mahlzeit mit einem Misserfolg endet, weil jegliche Nahrung entweder direkt verweigert, nicht geschluckt oder sofort wieder erbrochen wird. Eltern wissen häufig nicht, was sie beim Füttern ändern können und sind zu Recht sehr besorgt über die Entwicklung ihres Kindes. Wenn es zu gar keiner Nahrungsaufnahme mehr kommt, muss künstliche Ernährung über eine Sonde ernährt werden.

Frühkindliche Essstörungen gehören zu den „Fütterstörungen nicht-organischen Ursprungs im frühen Kindesalter“. Nicht-organisch bedeutet, dass die Nahrungsverweigerung nicht auf die körperlichen Voraussetzungen zum Schlucken und Verdauen zurückzuführen sind. Kauapparat (Lippen, Zunge, Gaumen) und Magen-Darm-Trakt des Kindes funktionieren einwandfrei.

Allerdings kann eine Fütterstörung mit einer verzögerten Entwicklung und Untergewichtigkeit (so genannte Gedeihstörung) und Verhaltensauffälligkeiten (Aufmerksamkeitsproblemen, Schreiverhalten) einhergehen.

Eine Fütterstörung wird diagnostiziert, wenn die Nahrungsaufnahme seit mindestens einem Monat problematisch ist und das Kind folgende Symptome zeigt (nicht alle müssen auf einmal vorhanden sein):

- ▶ Komplette Nahrungsverweigerung (die Lippen werden erst gar nicht geöffnet),
- ▶ sehr wählerisches Essverhalten (das Kleinkind akzeptiert nur sehr wenige Nahrungsmittel, z. B. ausschließlich Brot mit Marmelade. Es kommt somit zu einer einseitigen, nährstoffarmen Ernährung),
- ▶ Rumination (wiederholtes Hochwürgen der Nahrung),
- ▶ Erbrechen im Schwall ohne vorher auftretende Übelkeit,
- ▶ Verweigerung zu Schlucken; das Kind nimmt Nahrung zwar in den Mund, spielt aber nur damit, um sie anschließend wieder auszuspuken,
- ▶ eine durchschnittliche Fütterzeit von mehr als 45 Minuten,
- ▶ eine sofortige Abwehrreaktion beim Anblick von Nahrung (Kopf weg-drehen, Schreien und Weinen).

Bei Fütterstörungen spielen Übungs- und Lernprozesse eine große Rolle:

Kinder sind meist zunächst skeptisch, wenn ihnen ein neuartiges Nahrungsmittel präsentiert wird (z. B. ein bisher unbekanntes Obst, etwa Banane) und weigern sich, es zu essen. Hilfreich ist es, wenn Eltern nicht sofort

**Was sind
Fütter- und
Essstörungen?**

**Wie entstehen
Fütter- und
Essstörungen?**

locker lassen und das Kind durch Ermutigungen zum Probieren bringen („Versuch es einfach, wenn du es nicht magst, musst du es auch nie wieder essen!“) und loben, wenn die Kinder darauf hören. Geben die Eltern allerdings bei jedem neuen Lebensmittel nach („OK, wenn du nicht willst, musst du nicht.“), macht das Kind nicht die Erfahrung, dass sich das Ausprobieren neuer Nahrungsmittel lohnt.

Die Vermeidung von Nahrung wird zusätzlich gefördert, wenn die Bezugspersonen dem Kind bei Nahrungsverweigerung viel Aufmerksamkeit schenken oder bei Erbrechen besonders fürsorglich sind. Dadurch verbindet das Kind sein Verhalten mit angenehmen Konsequenzen (Zuwendung der Eltern).

Auch die Eltern-Kind-Beziehung kann unter dem Essverhalten des Kindes leiden und die Fütterstörung verstärken. Für Eltern ist es sehr frustrierend, wenn sie ihr Kind über einen langen Zeitraum hinweg nicht vom Essen überzeugen können und stattdessen mit der Abwehrhaltung des Kindes (Schreien, Ausspucken der Nahrung) konfrontiert werden. Unter diesen Umständen wird das Füttern noch schwieriger und belastender für sie. Das Kind bekommt die Ungeduld der Bezugsperson mit und es entwickelt sich ein Teufelskreis an Spannung, Abwehr und Verweigerung.

In der Diagnostik wird auf die bisherige Entwicklung des Kindes und die aktuellen Probleme beim Füttern eingegangen. Zuerst wird in einer **medizinischen Untersuchung** geklärt, ob die Fütterstörung auch keine organische Ursache (z. B. eine Schluckunfähigkeit oder fehlende Lippen- und Zungenbeweglichkeit) hat. Auch Größe und Gewicht des Kindes werden erfasst, um festzustellen, wie stark es durch die Nahrungsaufnahme in seiner körperlichen Entwicklung zurückliegt.

In der **psychologischen Diagnostik** werden die Eltern zu folgenden Themen befragt:

- ▶ Wie verlief die bisherige Entwicklung des Kindes (Geburtsgewicht, Komplikationen in der Schwangerschaft, Krankheiten)?
- ▶ Wann fingen die Schwierigkeiten beim Füttern an? Wurde das Kind gestillt?
- ▶ Wie gehen die täglichen Mahlzeiten vonstatten? Wann finden sie statt, wie lange dauern sie?
- ▶ Welche Esswerkzeuge (Teller, Löffel, Schale) werden verwendet und in welcher Sitzposition befindet sich das Kind (Hochstuhl, auf dem Schoß des Vaters)?
- ▶ Welche Nahrung wird gefüttert und in welchen Mengen?

**Wie werden
Fütter- und
Essstörungen
diagnostiziert?**

- ▶ Wie verhält sich das Kind bei den Mahlzeiten? Verweigert es bereits, die Nahrung in den Mund zu nehmen? Oder schluckt es die Nahrung, würgt sie jedoch nach kurzer Zeit wieder hoch?
- ▶ Welche Verhaltensauffälligkeiten gehen damit einher (etwa Schreien und Weinen)?
- ▶ Wie reagieren die Eltern darauf? Brechen sie die Fütterversuche direkt ab oder versuchen sie es mehrmals hintereinander?

Verhaltensbeobachtungen geben aufschlussreiche Informationen über die Bedingungen, die die Schwierigkeiten beim Füttern aufrechterhalten. Kind und Bezugsperson werden dafür vom Therapeuten beim Füttern per Video aufgenommen. Im Anschluss werden die Aufzeichnungen zusammen angesehen. Dabei wird ermittelt,

- ▶ welche günstigen Verhaltensweisen das Kind zeigt (z. B. ein anfängliches Fixieren des Löffels mit den Augen) und wann das Weigerungsverhalten einsetzt (z. B. Kopfdrehen kurz bevor der Löffel den Mund berührt);
- ▶ welche positiven Verhaltensweisen die Eltern zeigen (z. B. freundlichen Blickkontakt zum Kind halten) und welche Reaktionen sich negativ auf das Essverhalten des Kindes auswirken können (z. B. ein zu frühes Abbrechen des Fütterns, wenn das Kind die Nahrung verweigert).

In der Therapie wird das Kind in langsamen Schritten an die Nahrungsaufnahme herangeführt. Zuerst bespricht der Therapeut mit den Eltern, welche Bedingungen für das Füttern günstig sind:

- ▶ Die Fütterzeiten sollten über den Tag regelmäßig verteilt sein und so weit auseinander, dass sich beim Kind ein Hungergefühl ausbilden kann.
- ▶ Während den Mahlzeiten werden Ablenkungen (Fernsehen, Spielzeug) ausgeschaltet.
- ▶ Die Mutter gibt dem Kind klare, kurze Anweisungen („Bitte mach den Mund auf.“).
- ▶ Dem Kind wird für jeden Teilschritt (Mund öffnen, kauen, schlucken) zunächst eine Hilfestellung gegeben. Beim Mundöffnen berührt die Bezugsperson dafür die Lippen des Kindes. Kauen wird durch leichten Druck auf den Zungenboden erleichtert.
- ▶ Macht das Kind einen Fortschritt, wird dieser von der Bezugsperson umgehend gelobt. Wenn das Kind sich unerwünscht verhält (z. B. durch Ausspucken der Nahrung), wendet sich die Mutter ab und beachtet es nicht mehr.
- ▶ Es wird genau festgelegt, ab wann das Füttern abgebrochen wird (z. B. nach drei gescheiterten Versuchen).

Abhängig vom Ausmaß der Fütterstörung werden mit den Eltern einzelne Maßnahmen vereinbart: Wenn das Kind z. B. bisher über eine Sonde er-

**Wie werden
Fütter- und
Essstörungen
behandelt?**

nährt wurde und bei Fütterung nicht einmal den Mund aufmacht, wird das Kind zunächst an die Annäherung des Löffels gewöhnt. Erst danach wird zum Lippenöffnen und Schlucken übergegangen.

Das Füttertraining wird zuerst mit Flüssigkeiten wie Wasser oder Saft durchgeführt; nach den ersten Fortschritten wird erste breiige Nahrung verwendet. Zur Erfassung des Therapieerfolgs protokolliert die Bezugsperson regelmäßig, wie sich das Kind beim Füttern verhält und wie viel Nahrung es pro Mahlzeit zu sich genommen hat.

Im Laufe der Behandlung werden die Hilfestellungen für das Kind (Lippen berühren zum Mundöffnen, Druck auf die Zunge für Schlucken) langsam wieder weggelassen, damit das Kind immer selbständiger isst und schluckt. Es wird jedoch weiterhin für seine Erfolge gelobt.

Eine engagierte Mitarbeit der Bezugsperson ist für den Therapieerfolg unerlässlich. Es ist wichtig, dass sie sich beim Füttern des Kindes an die Vereinbarungen mit dem Therapeuten hält (z. B. regelmäßige Mahlzeiten, Loben bei Erfolg, konsequentes Nichtbeachten bei unerwünschtem Verhalten). Zusätzlich ist ein regelmäßiges Gespräch mit dem Therapeuten über aktuelle Fortschritte und Probleme notwendig, damit die Behandlung stets an das Kind angepasst ist (wenn es die Nahrung z. B. weiterhin ausspuckt, muss überlegt werden, ob man zunächst erneut das Schlucken von Flüssigkeiten übt).

Am wichtigsten sind jedoch die Rückmeldungen, die die Bezugsperson dem Kind während des Fütterns gibt. Lob ist dafür ausschlaggebend, dass das Kind auf die Bitten der Mutter eingeht und beispielsweise den Mund öffnet. Denn wenn es die Erfahrung macht, dass es für die Nahrungsaufnahme Lob und Aufmerksamkeit bekommt, bei Nahrungsverweigerung hingegen ignoriert wird, hat es einen Anreiz, sein Verhalten zu ändern.

Durch die Erfolge des Kindes steigt das Kompetenzgefühl der Eltern. Die daraus resultierende Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung wirkt sich positiv auf das Essverhalten des Kindes aus, weil die Mahlzeiten von nun an in einer angenehmeren Atmosphäre stattfinden.

Ganz wichtig!

Annette Kast-Zahn & Hartmut Morgenroth (2007). Jedes Kind kann richtig essen. München: Gräfe und Unzer.

Lesetipp