

Fütter- und Ess-Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern

30. April 2011

Arbeitsgemeinschaft der KrankengymnastInnen/ PhysiotherapeutInnen
für frühgeborene Kinder in NRW e.V.



Margarete Sarges-Karl
Kinderneurologisches Zentrum
Düsseldorf-Gerresheim



Fütter- und Ess-Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern

- Definition und Häufigkeit
- Diagnostik
- Klassifikationsschema (Irene Chatoor)
mit Diagnosekriterien und Behandlungsmöglichkeiten

"Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht."

Afrikanisches Sprichwort

Ohne Zeit und Beziehung erreichen wir nichts

Fütter- und Ess-Situation

(Jacubeit, 2002)

Gemeinsame Inszenierung, die mehrmals am Tag erfolgen muss

Was bedeutet eine gelungene Mahlzeit für das Kind?

- Positive Wahrnehmungserfahrungen im Mund
- Positive soziale Erfahrungen
- Erleben von Selbstwirksamkeit
- Erleben des Kreislaufs zwischen Hunger-Nahrungsaufnahme-Sättigung/ Wohlbefinden

Fütter- und Ess-Situation

(Jacubeit, 2002)

Gemeinsame Inszenierung, die mehrmals am Tag erfolgen muss

Was bedeutet eine gelungene Mahlzeit für die Mutter/
Bezugsperson?

- Selbstwertgefühl als "gute Mutter" ("Ich kann mein Kind nähren")
- Erfahrungen positiver Gegenseitigkeit
- Erleben von Wirksamkeit

Fütter- und Ess-Situation

(Jacubeit, 2002)

- Gemeinsame Inszenierung, die mehrmals am Tag erfolgen muss
- Beziehungserfahrungen der Eltern spielen häufig eine Rolle
- Intensive Kommunikationsprozesse

Häufige Fütter- und Ess-Störungen

bei 25% der Säuglinge und Kleinkinder

(Lindberg et al., 1991, Chatoor et al., 1994)

- Nahrungsverweigerung
- zu geringe Nahrungsmenge
- zu langsames Essen/verzögertes selbständiges Essen
- eingeschränkte Speisenvorlieben/nicht altersgemäße Kost
- unakzeptierbares Verhalten während des Essens

Schwere Fütter- und Ess-Störungen

bei ein bis zwei Prozent der Säuglinge und Kleinkinder

(Dahl et al. 1986, 1992, 1994)

- Nahrungsverweigerung
- Erbrechen/ Ruminieren
- damit verbundene Gedeihstörung
- 70% dieser Kinder nach vier und sechs Jahren weiterhin Ess-Probleme

Klassifikation Fütter- und Ess-Störung

(v. Hofacker, 2003)

- Füttersituation ist für Mutter/Eltern ein Problem
- seit mindestens einem Monat
- Dauer der Mahlzeiten > 45 Minuten
- Intervall der Mahlzeiten < 2 h
- Verhaltensprobleme in der Füttersituation
(Verweigerung, Abwehr etc.)

Diagnostik von Fütter- und Ess-Störungen

- Anamnese:
 - kindliche Entwicklungsanamnese
 - Ernährungsanamnese

Ernährungsanamnese

(v. Hofacker, 2003)

- Fütterungsverhalten in den ersten Monaten und bei Vorstellung
- Wenn gestillt: Wie verlief Stillen? Wie Umstellung auf Flasche?
- Wann Löffel? Wann selbständiges Essen?
- Art der Nahrung/Anzahl Mahlzeiten/Dauer
- Wann isst Kind gut/schlecht?
- Welche Nahrungsmittel lehnt es ab/besonders gern?
- Wie gut erkennbar, ob Kind hungrig/satt?
- Welche Vorstellungen bezüglich:
Menge/Gewichtszunahme/ Essverhalten/ Kost

Diagnostik von Fütter- und Ess-Störungen

- Anamnese:
 - kindliche Entwicklungsanamnese
 - Ernährungsanamnese
 - organische und psychosoziale Belastungsfaktoren

Mütterliche/ elterliche Faktoren

- Ängste, psychosoziale Belastung in der Schwangerschaft
- Angst um das Überleben und Gedeihen des Kindes
- Belastende Vorerfahrungen aus der eigenen Herkunftsfamilie (z.B. unbewältigte Verlust- und Trennungserfahrungen)
- Partnerschaftskonflikte
- Mangelnde soziale Unterstützung
- Mütterliche Essprobleme
- Psychische Erkrankung

Kindliche Faktoren

- "Schwieriges" Temperament
- Traumatische Erfahrungen nach intensiv-medizinischer Behandlung, nach Operationen und Nachbehandlungen; Anwendung von Zwang
- Organische Erkrankungen; neuromotorische und mundmotorische/ -sensorische Probleme

Diagnostik von Fütter- und Ess-Störungen

- Anamnese:
 - kindliche Entwicklungsanamnese
 - Ernährungsanamnese
 - organische und psychosoziale Belastungsfaktoren
- Biografische Anamnese der Eltern

Familiäre Konflikte bei Fütter- und Essstörungen

(Ziegler&Schieche, 2005)

- Konflikte mit Herkunftsfamilie 42%
- Belastete Kindheit 42%
- Soziale Isolation 33%
- Unverarbeiteter Verlust 13%

Gespenster am Familientisch

(v. Hofacker, 2009)

Eigene Ess-Störungen

"Mein Kind darf nicht zu dick werden"

"Mein Kind muss genug essen"

Verluste

"Ich muss mein Kind ernähren können, damit es am Leben bleibt"

Kontrolle vs Autonomie

"Wer behält den Löffel in der Hand"

"König Baby"

Selbstwertregulation/ eigene Bedürfnisse

"Es hungern immer zwei"

Das Kind im Erwachsenen und seine Erfahrungen am Familientisch essen immer mit.

Mögliche Erfahrungen der Eltern als Kinder am Familientisch

- "Es wird aufgegessen".
- "Es wird auf jeden Fall probiert".
- "Wenn du aufgegessen hast, gibt es Nachtisch".
- "Wenn du keine Ruhe gibst, gehst du ohne Abendbrot ins Bett".

Diagnostik von Fütterstörungen

- Anamnese:
 - kindliche Entwicklungsanamnese
 - Ernährungsanamnese
 - organische und psychosoziale Belastungsfaktoren
- Biografische Anamnese der Eltern
- Pädiatrisch-entwicklungsneurologische und psychologische Diagnostik

Kinderärztliche Diagnostik

Minimum:

- körperlich
- neurologisch (50% haben feine neurol. Auffälligkeiten)
- Blutuntersuchung
(nach v. Hofacker genügt gute körperliche Untersuchung und Minimum an Blutwerten)

Logopädische/ Ergotherapeutische Diagnostik

- Mundmotorische Probleme?
- Schluckprobleme?
- Sensorische Überempfindlichkeiten?

Gedeihstörungen

- nicht nur nach Percentilen gehen – zu statisch
- längeranhaltende Gewichtsverluste – dynamisch
- Gesamtverfassung des Kindes ist auch wichtig
- körperliche Untersuchung
- Blutbild, Elektrolyte, Gesamteiweiß, Urin
- Falls zu Beginn der Untersuchung keine offensichtliche organische Ursache - äußerst geringe Wahrscheinlichkeit, dass weitere Untersuchungen organische Ursache ergeben (1%)
- Tagesprotokoll führen (Essen, Spiel, Schlaf etc.)
- Ess- und Fütterprotokoll

Kriterien für Gedeihstörungen

(O'Brien et al., 1991; Skuse, 1992)

- Bis 6.Lebensmonat:
 - Gewicht \leq 3.Perzentile und/oder Gewichtsverlust >2 Perzentilen über mindestens 2 Monate bei Geburtsgewicht \geq 3.Perzentile
- Ab 6.Lebensmonat:
 - Gewicht \leq 3.Perzentile und/oder Gewichtsverlust >2 Perzentilen über mindestens 3 Monate bei Geburtsgewicht \geq 3.Perzentile
- Für alle Altersgruppen
 - keine Gewichtszunahme über mindestens 1 Monat bei Geburtsgewicht $<$ 3.Perzentile

Diagnostik von Fütterstörungen

- Anamnese:
 - kindliche Entwicklungsanamnese
 - Ernährungsanamnese
 - organische und psychosoziale Belastungsfaktoren
- Biografische Anamnese der Eltern
- Pädiatrisch-entwicklungsneurologische und psychologische Diagnostik
- Interaktionsbeobachtungen

Beurteilung der Ess- und Füttersituation

(v. Hofacker, 2003)

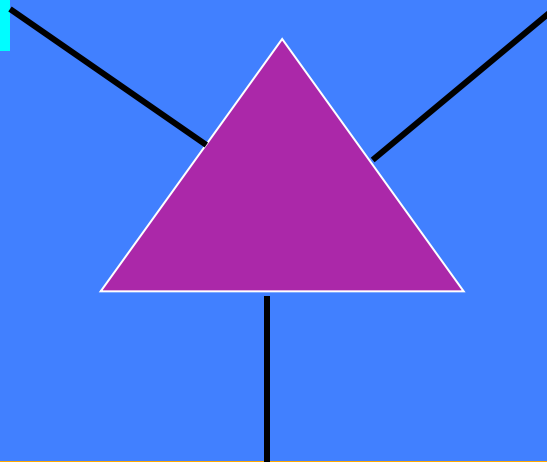
- Altersentsprechende Fütterposition/Kost/Essverh. ?
- Mutter
 - Stimmungslage
 - verbale Äußerungen
 - Wieviel willkürliches Eingreifen in Verhalten des Kindes ?
 - Wie klar/verstehbar/konsistent setzt Mutter Grenzen ?
- Kind
 - Stimmungslage
 - Ablenkungsversuche
 - Provokation
 - angstgetönte Abwehr
 - Wie klar sind die kindlichen Verhaltenssignale bezüglich Hunger/Sättigung ?

Diagnostische TRIAS der Fütter- und Ess-Störungen

Auffälligkeiten im
kindlichen Essverhalten

Überlastungssyndrom der
Hauptbezugspersonen

Dysfunktionale Kommunikation
in der Fütter-Interaktion



Klassifikationsschema (Chatoor et al., 2000)

- Fütterstörung im Zusammenhang mit der Selbstregulation (Einsetzen beim Neugeborenen)

Diagnosekriterien Selbstregulation

- Schwierigkeiten, einen Zustand von ruhiger Aufmerksamkeit zu erreichen und beizubehalten. Zu schläfrig oder zu erregt
- Beginn der Fütterschwierigkeiten beim Neugeborenen
- Keine altersentsprechende Gewichtszunahme oder sogar Gewichtsverlust

Behandlung Selbstregulation

- leicht erregbares Kind z.B. im verdunkelten Raum füttern
- Kind, das zu schläfrig ist, z.B. massieren
- Mutter stützen (Angstzustände, Depression, Übermüdung)

Klassifikationsschema (Chatoor et al., 2000)

- Fütterstörung im Zusammenhang mit der Selbstregulation (Einsetzen beim Neugeborenen)
- Fütter- und Ess-Störung bei Bindungsproblemen/ Vernachlässigung (Einsetzen mit zwei bis sechs Monaten)

Bindungsprobleme/Vernachlässigung

Diagnosekriterien

- Mangelnde Kontaktaufnahme (Blickkontakt, Verbalisieren, Lächeln) während des Fütterns (wechselseitig)
- keine Gewichtszunahme oder sogar –abnahme
- Gewichtsdefizite sind nicht auf körperliche Erkrankung oder tiefgreifende Entwicklungsstörung zurückzuführen

Bindungsprobleme/Vernachlässigung Behandlung

- Häusliche Interventionen (Selma Fraiberg)
- Stationäre Unterbringung, da Kinder häufig in kritischem Ernährungszustand

Klassifikationsschema (Chatoor et al., 2000)

- **Fütterstörung im Zusammenhang mit der Selbstregulation** (Einsetzen beim Neugeborenen)
- **Fütter-und Ess-Störung bei Bindungsproblemen/ Vernachlässigung** (Einsetzen mit zwei bis sechs Monaten)
- **Infantile Anorexie** (Einsetzen während des Übergangs zum Löffel und zum selbständigen Essen)

Infantile Anorexie

Diagnosekriterien

- Weigerung, angemessene Nahrung aufzunehmen, über wenigstens einen Monat
- Beginn meist bei Übergang zu Löffel und Selberessen
- Kaum Hungersignale, mangelndes Interesse am Essen
- Zunehmende Gedeih-Wachstumsproblematik
- Nahrungsverweigerung nicht infolge eines traumatischen Erlebnisses oder einer körperlichen Erkrankung

Ess-Regeln

(v.Hofacker, 1999, modifiziert nach Chatoor, 1990)

- Regelmäßige Mahlzeiten
- Abstand der Mahlzeiten 3 bis 4 h
- Keine Nahrung zwischen diesen Zeiten
- Mahlzeiten beenden, wenn Nahrung verweigert wird, Nahrung ausgespuckt wird, mit Essen gespielt wird
- Trinken: Flüssigkeit ohne Zuckerzusatz, keine Milch
- Kein Speisenwechsel während der Mahlzeiten
- Essen neutral anbieten, keine Strafen
- Selbständiges Essen ermöglichen
- Aktive Teilnahme am Essen ermöglichen
- Spiel- und Essenszeiten klar trennen

Infantile Anorexie Behandlung

- Vermitteln, dass Kind sehr neugierig ist, kaum Hungergefühle entwickelt
- Eigene Konflikte der Eltern anschauen, Ess-Verhalten der Eltern anschauen
- Verhaltenstechniken vermitteln, die dem Kind Autonomie in der Ess-Situation einräumen und den Eltern Möglichkeiten, Grenzen zu setzen

Klassifikationsschema (Chatoor et al., 2000)

- **Fütterstörung im Zusammenhang mit der Selbstregulation** (Einsetzen beim Neugeborenen)
- **Fütter- und Ess-Störung bei Bindungsproblemen/ Vernachlässigung** (Einsetzen mit zwei bis sechs Monaten)
- **Infantile Anorexie** (Einsetzen während des Übergangs zum Löffel und zum selbständigen Essen)
- **Sensorisch bedingte Nahrungsmittelaversion**
(Einsetzen mit Einführung der Babykost oder normaler Nahrungsmittel)

Sensorische Nahrungsmittelaversion

Diagnosekriterien

- Ablehnung bestimmter Nahrungsmittel aufgrund Geschmack, Beschaffenheit, Geruch, Aussehen
- Beginn der Verweigerung bei Einführen einer neuen Speise
- Besseres Essverhalten bei bevorzugten Nahrungsmitteln
- Mangelerscheinungen oder mundmotorische Probleme

Sensorische Nahrungsmittelaversion Behandlung

- Eltern sollten Vorbildfunktion nutzen
- Nicht zu stark reagieren (weder positiv noch negativ), wenn Kind probiert oder verweigert
- "Spiele-Essen" einführen
- Ess-Situationen mit Gleichaltrigen fördern
- evtl. müssen Eisen, Zink, Vitamine ergänzt werden

Klassifikationsschema (Chatoor et al., 2000)

- **Fütterstörung im Zusammenhang mit der Selbstregulation** (Einsetzen beim Neugeborenen)
- **Fütter- und Ess-Störung bei Bindungsproblemen/ Vernachlässigung** (Einsetzen mit zwei bis sechs Monaten)
- **Infantile Anorexie** (Einsetzen während des Übergangs zum Löffel und zum selbständigen Essen)
- **Sensorisch bedingte Nahrungsmittelaversion** (Einsetzen mit Einführung der Babykost oder normaler Nahrungsmittel)
- **Posttraumatische Ess- und Fütterstörung**

Posttraumatischer Ess- und Fütterstörungen

Diagnosekriterien

- **Verweigerung der Nahrung**
nach einem oder mehreren Erlebnissen, die starkes Unwohlsein hervorrufen
(Verschlucken, heftiges Erbrechen, Absaugen u.ä.)
- **Fortdauernde Ablehnung des Essens:**
Kind verweigert Flasche, lässt sich aber u.U. mit Löffel füttern;
 - verweigert im Wachzustand Flasche, trinkt aber im Schlaf oder Halbschlaf
 - verweigert feste Nahrung, trinkt aber aus Flasche
 - verweigert jegliche Nahrungsaufnahme über den Mund
- **Erinnerung an das Erlebnis ruft Unbehagen hervor:**
 - Stress, wenn Vorbereitung zum Füttern
 - intensiver Widerstand, wenn Flasche oder Essen kommt
 - intensiver Widerstand gegen Herunterschlucken der Nahrung

Ursachen frühkindlicher Traumatisierungen

- Schmerzhaft oder Angst/Panik auslösende intensivmedizinische Prozeduren im Mund-/Schlundbereich (Absaugen, Intubieren, Sondierungen) häufig bei extrem kleinen Frühgeborenen
- Peripartale operative Versorgung (bei angeborenen Fehlbildungen des Verdauungstraktes)
- Schmerzhaftes Erkrankungen (Ösophagitis, Gastroösophagealer Reflux mit schwerem Erbrechen)
- Verschlucken, Würgen, Erstickungsanfälle in Zusammenhang mit Nahrungsaufnahme
- Zwang beim Füttern (gewaltsames Öffnen des Mundes, Nase zuhalten, Nahrung beim Schreien einführen)

Posttraumatischer Ess- und Fütterstörungen Behandlung

Chatoor et al., 1991, 1997:

- Desensibilisierung
- Essen in kleinen Mengen herumliegen lassen (Snacks, Biskuits u.ä.)
- Bei älteren Kindern: Kochen (real und im Spiel), Puppe füttern

Klassifikationsschema (Chatoor et al., 2000)

- **Fütterstörung im Zusammenhang mit der Selbstregulation** (Einsetzen beim Neugeborenen)
- **Fütter-und Ess-Störung bei Bindungsproblemen/ Vernachlässigung** (Einsetzen mit zwei bis sechs Monaten)
- **Infantile Anorexie** (Einsetzen während des Übergangs zum Löffel und zum selbständigen Essen)
- **Sensorisch bedingte Nahrungsmittelaversion** (Einsetzen mit Einführung des Zufütterns und/oder normaler Nahrungsmittel)
- **Posttraumatische Ess- und Fütterstörung**
- **Ess- und Fütterstörung bei somatischer Erkrankung**

Fütter- und Ess-Störung bei somatischer Erkrankung Diagnosekriterien

- Anfänglich normale Nahrungsaufnahme, im Verlaufe des Fütterns Zeichen von Unbehagen, schließlich Verweigerung
- Gesundheitliche Probleme, die das Unbehagen auslösen
- Ärztliche Behandlung bessert das Ess-Problem
- Mangelnde Gewichtszunahme oder sogar Abnahme

Organische Bedingungsfaktoren

- Nahrungsmittelallergien
- Gastroösophagealer Reflux
- Erkrankungen mit Störungen der Magen-Darm-Funktion
- Chronische Nieren- und Lebererkrankungen, Herzfehler
- Stoffwechselstörungen
- Zystische Fibrose
- Endokrine Störungen
- Nicht selten: sekundäre Trink-Essverweigerung bei sonst gesunden Kindern nach einem „banalen“ gastro-intestinalen Infekt oder Stomatitis aphtosa (Mundfäule)

Fütter- und Ess-Störung bei somatischer Erkrankung Behandlung

- Enge Zusammenarbeit mit Kinderarzt
- Direkte Beobachtung des Kindes mit Bezugsperson während des Fütterns, um einzuschätzen, ob weitere medizinische Interventionen notwendig

Ess- und Fütterprotokoll

(Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München,
Abteilung „Frühentwicklung und Kommunikation“)

Uhrzeit	Nahrungsart	Menge (ml/g)	Dauer	Fütter-Position	Verhalten