

Strauss, Monika / Pedrina, Fernanda und Mart, Daniel

Wieviel Gramm braucht eine Seele – Psychosomatische Behandlung von Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 6, S. 430-451

urn:nbn:de:bsz-psydok-52106

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Wieviel Gramm braucht eine Seele – Psychosomatische Behandlung von Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Monika Strauss, Fernanda Pedrina und Daniel Marti

Summary

How Much Food for a Soul? Psychosomatic Treatment of Infantile Feeding Disorders

Severe feeding disorders often require inpatient treatment and need a holistic assessment and treatment approach. This article introduces some of the current literature concerning feeding disorders in infants and toddlers. The philosophy of the Department of Infant Psychosomatics at the University Children's Hospital Zürich emphasizes interdisciplinary teamwork, the application of psychodynamic tools in pediatric liaison psychiatry and utilization of group settings. Clinical approach and course of treatment are illustrated by three case reports, highlighting specific psychotherapeutic interventions with the parent-infant relationship in the context of a paediatric clinic.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 430-451

Keywords

infants' psychosomatics – feeding disorders – play picnic – containment – the baby as subject

Zusammenfassung

Schwere Fütterstörungen führen häufig zur Aufnahme in ein somatisches Krankenhaus und benötigen dort eine ganzheitliche Einschätzung und Behandlung. Der vorliegende Artikel stellt aktuelle Literatur zu infantilen Fütterstörungen vor. Das Konzept der Säuglings- und Kleinkindpsychosomatik an der Universitäts-Kinderklinik Zürich betont die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Anwendung psychodynamischer Instrumente in der kinderpsychiatrischen Liaisonarbeit sowie den Einsatz von Gruppensettings. An-hand von drei Fallbeispielen werden klinische Vorgehensweise und Behandlungsverlauf sowie spezifisch psychotherapeutische Interventionen im Baby-Eltern-Setting eines akutpädiatrischen Krankenhauses dargestellt.

Schlagwörter

Säuglingspsychosomatik – Fütterstörungen – Play Picknick – Containment – das Baby als Subjekt

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 430 – 451 (2011), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2011

1 Die Rolle der Psychosomatik in der Säuglingsmedizin

Kinderpsychiater in der Kinderklinik haben die Aufgabe, somatische Symptome unter einem psychosomatischen Blickwinkel zu betrachten und aus dieser Perspektive Therapiestrategien abzuleiten. Schon Säuglinge können unerträgliche Spannungen als körperliches Symptom ausdrücken (Eliachef, 1997). Die grundlegende Dialektik zwischen Pädiatrie und Psychiatrie ist seit den Pioniertagen der Säuglingspsychiatrie dieselbe geblieben (Winnicott, 1958): Das Symptom stellt für den Pädiater¹ eine Handlungsaufforderung dar, etwas, das behandelt werden soll. Für den Kinderpsychiater ist es zunächst eine Botschaft, die verstanden werden will. Wo diese zwei Sichtweisen nebeneinander bestehen können und nicht miteinander in Konkurrenz oder in unauflösbaren Widerspruch treten, kann psychosomatisches Handeln einsetzen und Genesung stattfinden.

Die Rahmenbedingungen für die Liaisonkinderpsychiatrie haben sich in den letzten 50 Jahren deutlich verändert. Durch den Einfluss psychologischer Erkenntnisse, insbesondere der Erforschung der primären Bindungsprozesse zwischen Mutter und Säugling (Klaus u. Kennel, 1970, 1976) wurden die bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts praktizierten restriktiven Besuchszeiten für Eltern aufgehoben und an den meisten Kinderkliniken das „rooming-in“ eingeführt. Psychiatrische Liaisondienste gehören inzwischen zum ganzheitlichen Versorgungskonzept in Kinderkliniken (Kush u. Campo, 1998).

Essen spielt bei jedem Genesungsprozess eine wichtige Rolle. Es setzt in der frühen Kindheit immer auch eine filigran abgestimmte Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind voraus. Störungen dieses Prozesses haben unmittelbare Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und spiegeln sich besonders deutlich in der Interaktion zwischen den kleinen Patienten und deren Bezugspersonen wider. Deshalb spielen Fragen ums Essverhalten von Säuglingen häufig eine Rolle bei der Inanspruchnahme des liaisonpsychiatrischen Dienstes der Kinderklinik. Diese Störungen sind für die Veranschaulichung der Arbeit der Psychosomatik von besonderem Interesse, da die Verschränkung zwischen Psyche und Soma immer gegeben ist: Selbst wenn man eine rein psychische Ursache postulieren möchte, sind die Auswirkungen einer schweren Essstörung oft auch körperlich, nämlich Unterernährung, Mangelerscheinungen und drohende Entwicklungsdefizite (Benoite u. Coolbear, 1998; Chatoor et al., 2004). Allerdings gibt es schwere körperlich Erkrankungen, die zu Ernährungsschwierigkeiten bis zur Sondenabhängigkeit führen (Dunitz-Scheer et al., 2010). Dann ist das Essen als Möglichkeit von Kommunikation, als Quelle sensorischer Lernerfahrungen und wichtiger Bereich der Autonomieentwicklung gestört, was unweigerlich Auswirkungen auf die psychische Entwicklung des Kindes wie auch der ganzen Familie hat (Coolbear u. Benoit, 1999; Ward, Lee, Lipper, 2000).

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde jeweils nur die männliche *oder* weibliche Form gewählt; es ist aber das jeweils andere Geschlecht mitgemeint.

In einer Kinderklinik ist es nur sehr bedingt möglich, ein stabiles psychotherapeutisches Setting mit den Patienten zu etablieren. Auch andere Voraussetzungen für psychodynamisches Arbeiten wie die therapeutische Abstinenz oder die Möglichkeit für störungsfreie Konzentration und freischwebende Aufmerksamkeit sind kaum herzustellen. Begegnungen finden oft am Patientenbett oder im Flur statt, werden ständig unterbrochen und gestört, Termine müssen wegen Gesprächen mit den somatischen Kollegen oder wegen Untersuchungen verschoben werden. Die Anforderungen an die Kinderpsychiaterin,² die sich mit der Situation eines schwerkranken Babys und seinen Eltern im Krankenhaus beschäftigt, sind dabei vielfältig und komplex, mitunter sogar widersprüchlich (Paul, 2007).

2 Fütterstörungen

2.1 Begriffsdefinitionen

Manche Arten von Fütterstörungen führen auch zu Gedeihstörungen,³ welche vor allem bei Säuglingen immer eine potentiell bedrohliche Situation darstellen. Die Unterscheidung zwischen „organischer“ und „nicht-organischer“ Gedeihstörung durch die pädiatrischen und gastroenterologischen Fachgesellschaften ist immer noch üblich, wobei wie in den 70er Jahren davon ausgegangen wird, dass einer nicht-organischen Gedeihstörung eine Vernachlässigung („psychosoziale Gedeihstörung“) zugrunde liegen müsse (AWMF, 2009). Die Dichotomie zwischen „organischen“ versus „nicht-organischen“ Störungen ist aber nicht mehr zeitgemäß und wird der oft komplexen Interaktion zwischen medizinischen Problemen, Familiensystemen und kindlichen Verhaltensschwierigkeiten bei Fütterstörungen nicht gerecht (Bryant-Waugh, Markham, Kreipe, Walsh, 2010). Engagierte Eltern, deren Kinder das Essen verweigern, werden durch eine solche wertende Haltung zusätzlich belastet und verunsichert.

Bei der infantilen Anorexie wird z. B. immer wieder betont, wie wichtig die Rolle der konflikthafter, dyadischen Interaktion zwischen Säugling und Mutter sei (Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpio, Chatoor, 2009). Chatoor und Egan beschrieben 1983 diese Störung als „Trennungsstörung“, da der typische Beginn in die Zeit der ersten Individuationsentwicklung zwischen den 6. und 18. Lebensmonat fällt. Unterschiedliche mütterliche Pathologien wirken sich in Abhängigkeit des Geschlechts des Kindes auf dessen Essverhalten aus. So scheint nach Blisset, Meyer und Haycraft (2007) eine müt-

2 Die Autorin versteht sich in diesem Arbeitskontext in erster Linie als Liaison-Psychosomaterin. Der Einheitlichkeit und Klarheit zuliebe wird die Berufsbezeichnung „Kinderpsychiaterin“ belassen.

3 „Gedeihstörung“ ist eine deskriptive somatische Diagnose. Leitsymptom ist eine verzögerte somatische Entwicklung mit Unterschreiten der 3. Perzentile für Körpergewicht und Körperlänge oder Überkreuzen der Gewichts- und Wachstumskurven um mehr als 2 Hauptperzentilen.

terliche Essstörung ein Risiko für die Entwicklung von Fütterstörungen bei Töchtern, jedoch nicht bei Söhnen zu sein. Angstsymptome von Müttern hingegen führen bei Söhnen, jedoch nicht bei Töchtern zu einer Essstörung. Desorganisation der Mahlzeiten sowie mütterliche Überkontrolle lassen sich laut Cooper, Whelan, Woolgar, Morrel und Murray (2004) als zwei Familienvariablen beschreiben, durch welche sich Kinder mit und ohne Essprobleme voneinander unterscheiden. Diese Variablen sind Mediatoren zwischen kindlicher und mütterlicher Störung. Auch hier liegt die Betonung wieder auf der Verantwortung der Mütter. Die Rolle der An- oder Abwesenheit von Vätern bei Familienmahlzeiten ist aus klinischer Sicht evident, wurde bisher jedoch nicht systematisch untersucht. Papoušek und ihre Mitarbeiter (2004, 2006) führten eine ganzheitlichere Sichtweise ein, indem sie von einer Symptomtrias aus kindlichen Problemen, elterlichen Anpassungsstörungen und dysfunktionaler Interaktion ausgehen. Für sie stellen die Fütterstörungen eine Untergruppe der Regulationsstörungen dar, wobei mit „Regulation“ von vornherein die regulativen Prozesse zwischen Eltern und Kind verstanden werden. Dabei ist aus psychosomatischer Sicht zu beanstanden, dass Besonderheiten und somatische Störungen des Kindes mitunter zu wenig berücksichtigt werden (von Hofacker, Papoušek, Wurmser, 2004). Säuglinge und Kleinkinder mit Essstörungen zeigen oft eine Kombination von oromotorischen, psychophysiologischen und psychischen Schwierigkeiten (Kunde-Trommer, Mangelsdorf, Rösch, 2001), und Kinder mit sensorischer Nahrungsverweigerung zeigen überzufällig häufig auch Schwierigkeiten der Sprachmotorik. Auch jüngere Forschungen von Chatoor, Ganiban, Surles und Doussard-Roosevelt (2004) (2004) lieferten Hinweise für angeborene physiologische Andersartigkeiten bei Kindern mit infantiler Anorexie, die im Sinne einer „An-Orexie“ im Vergleich zu gesunden Kindern nicht genug Hunger und Interesse am Essen entwickeln, um sich ausreichend zu ernähren. So zeigen anorektische Säuglinge eine schlechtere Anpassung der *amplitude of respiratory sinus arrhythmia* (RSA) auf Entspannung, was letztlich dazu führt, dass sie physiologisch weniger schnell und gut von Spielen und Kommunizieren auf Nahrungsaufnahme umstellen können. Während in der deutschsprachigen ICD-10 sowie den Leitlinien für kinderpsychiatrische Störungen (von Hofacker, Lehmkuhl, Resch, Barth, Jacubeit, 2007) eine Interaktionsstörung zwischen Bezugsperson und Kind als Teil der Diagnose „Fütterstörung“ gefordert wird, wurde dies inzwischen als Diagnostikerkriterium im amerikanischen DC: 0-3R⁴ herausgenommen. Davies et al. (2006) kritisieren, dass das neue Klassifikationssystem wiederum die Interaktion mit den Bezugspersonen als diagnostisches Kriterium missachte. Das DC:0-3R versucht, der Vielfalt der zugrunde liegenden Störungsbilder besser gerecht zu werden und unterteilt nach Chatoor (2009) die Fütterstörungen in sechs Unterkategorien (vgl. Tab. 1).

4 Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (Emde, 2005). Sie stellt eine 5-achsige multidimensionale Klassifikationskala zur Erfassung von psychischen Störungen in der frühen Kindheit dar. Die revidierte Version ist im englischen Original verfügbar. Auf Deutsch gibt es die Ausgabe von 1994 vom Zero to Three/National Center for Infants, Toddlers, and Families herausgegeben als: Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern.

Die Berücksichtigung der Interaktion beim Füttern ist für die ganzheitliche Betrachtung eines Falles und die Therapieplanung unerlässlich; sie führt aber nicht dazu, dass eine exaktere Hauptdiagnose gestellt werden kann. Aufgrund der grundsätzlich hohen emotionalen Besetzung des Essens in der frühen Kindheit, ist die Interaktion zwischen Mutter und Kind beim Füttern zwangsläufig beeinträchtigt, wenn das Gedeihen des Kindes bedroht ist. Die „Füttersituation“ ist sicher auch, aber eben nicht nur, „Spiegel von Introjektions- und Projektionsprozessen zwischen Eltern und Kind“ (Cierpka et al., 2007). Differentialdiagnostisches Vorgehen und die daraus abzuleitende therapeutischen Herangehensweisen erfordern eine differenziertere Sichtweise der kindlichen Problematik.

2.2 Klassifikationen

Da sehr unterschiedliche Disziplinen bei der Einschätzung und Behandlung von frühkindlichen Fütterstörungen involviert sind, ist es schwierig, eine allgemeingültige Nomenklatur zu finden. Immer wieder wird versucht, das Essverhalten von Kindern mittels Elterneinschätzungsinstrumenten zu operationalisieren (z. B. Archer, Rosenbaum, Streiner, 1991; Harris u. Booth, 2006). Da die frühe Kindheit eine Zeit ist, in der (auch) die Essentwicklung rasant verschiedene Stadien durchläuft, müssen die Fragebogenergebnisse jedoch auch immer vor dem Hintergrund einer entwicklungspsychologischen und neurologischen Einschätzung erfolgen. Die sehr subjektive Einschätzung durch die Eltern stellt eine weitere Erschwernis dar. In den zwei allgemeinen psychiatrischen Diagnosemanualen DSM-IV und ICD-10 können Fütterstörungen kodiert werden als „Feeding Disorder of Infancy or early Childhood“ (DSM-IV: 307.59) bzw. „Fütterstörung der frühen Kindheit“ (ICD 10: F 98.2).

In beiden Systemen werden durch das vorrangig geforderte Diagnosemerkmal „Gewichtsverlust“ zu viele Kinder mit Fütterstörungen übersehen (Bryant-Waugh et al., 2010; Lewis, 2002). Es braucht dringend eine international akzeptierte Klassifikation von Fütterstörungen, um vergleichbare Daten für die Erfassung von Epidemiologie zu gewinnen und Interventionsmöglichkeiten zu vergleichen. In der für 2013 geplanten 5. Auflage des DSM ist eine neue Klassifikation der frühkindlichen Störungen (bis 5. Lebensjahr) vorgesehen. Die Ziffer 30.59 soll dann heißen: „Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder“ und drei Subtypen unterscheiden, welche die sechs Kategorien des DC: 0-3R zusammenfassen: 1. Kinder, die zu wenig Interesse am Essen zeigen/zur wenig essen, 2. Kinder, die aufgrund sensorischer Merkmale nur eine eingeschränkte Auswahl an Nahrungsmitteln akzeptieren, 3. Kinder, deren Nahrungsverweigerung mit aversiven Erlebnissen zusammenhängen (Bryant-Waugh et al., 2010).

Die differenziertere Klassifikation für die frühe Kindheit DC: 0-3R unterscheidet auf der Hauptachse (Achse I, primäre Diagnose) sechs Subtypen der „Feeding Behavior Disorder“ (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Feeding Behavior Disorders DC: 0-3R, Achse I, 600 (Übersetzung von M. Strauss)

601: Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation	602: Fütterstörung mit unzureichender Eltern-Säuglingsreziprozität	603: Infantile Anorexie
<ul style="list-style-type: none"> • Beginn im Neugeborenenalter • Baby kann keinen <i>ausgeglichene Wachzustand</i> erreichen, um zu trinken. • Oft verbunden mit anderen Regulationsstörungen. • Fehlende Gewichtszunahme oder sogar Abnahme. • Beratung der Eltern führt oft zu guter Besserung, sonst Eskalation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern erkennen (Hunger-) Signale des Kindes nicht adäquat, daher besteht mitunter Lebensgefahr. • Kind zeigt reaktiv Desinteresse und Depression. • Ursache meist psychiatrische Erkrankungen der Eltern. • Ausgeprägte Gedeihstörung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Weigerung, angemessene Menge Nahrung zu essen, über mehr als 1 Monat. • Beginn typischerweise zwischen 8 und 18 Monaten. • Gedeihstörung. • Keine medizinische oder traumatische Ursache. • Alles ist wichtiger als Essen. • Oft „schwieriges“ Temperament.
604: Sensorische Nahrungsverweigerung	605: Fütterstörung im Zusammenhang mit einer bestehenden medizinischen Erkrankung	606: Posttraumatische Fütterstörung
<ul style="list-style-type: none"> • Kind verweigert bestimmte Nahrungsmittel wegen deren Konsistenz, Geschmack, Geruch, Textur oder Temperatur. • Beginn beim Einführen eines neuen Lebensmittels. • Die vermiedenen Nahrungsmittel wirken aversiv und lösen Grimassieren, Würgen, Erbrechen aus. • Kind normalgewichtig, aber oft fehlernährt. • Meist positive Familienanamnese. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Problematik bedingt erhöhten Stress beim Füttern. Beispiel: Refluxösophagitis, Herzinsuffizienz. • Kind beginnt Mahlzeit oft motiviert, verweigert dann aber im Lauf der Mahlzeit. • Unzureichende Gewichtszunahme. • Besserung durch Verbesserung des medizinischen Zustands, reicht aber oft nicht aus, da sich ungünstige Muster entwickelt haben. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zunächst normale Entwicklung. Akuter Beginn nach traumatischem Ereignis in jedem Alter. • Oft bereits antizipatorischer Stress und Abwehr. • Phobische Verweigerung von Fläschchen, und/oder fester Nahrung. • Im Schlaf oft problemloses Trinken. • Ohne Nahrungsmittelzusätze oder Sonde bedrohliche Gewichtsentwicklung.

2.3 Entwicklungsaspekte

Jedes Entwicklungsalter stellt spezifische Aufgaben an die Entwicklung des Essverhaltens als Fertigkeit, als Mittel zur Beziehungsgestaltung und zur sozialen Integration. Eine besondere Herausforderung stellen dabei die Entwicklungsstufen dar, bei denen einerseits die Dyade beim Füttern noch stark im Vordergrund steht, andererseits Individuation und Autonomieentwicklung eine große Rolle spielen, also beim Übergang von der Brust/Flasche zum Löffel und später zum selbständigen Essen vom Tisch (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2: Entwicklungsaspekte

Alter Monate	Entwicklungsthema	In Bezug aufs Essen
0-3	Basale Zustandsregulation	Saugen
3-6	Objektale Welt entdecken	Orale u. taktile Exploration
6-12	Bindung-Trennung, beginnende Individuation	Übergang zum Löffel
12-24	Individuation, Autonomie, Objektpermanenz	Essen vom Tisch

2.4 Therapieansätze

Die Evaluationsforschung gängiger Therapieansätze für frühkindliche Fütterstörungen steckt noch in den Kinderschuhen und ist durch das Fehlen der notwendigen epidemiologischen Daten erschwert (Bryant-Waugh et al., 2010).

Essen besteht aus einer Kette von verschiedenen Verhaltenselementen, die alle zusammenspielen müssen und von denen jede für sich genommen gestört sein kann. Für eine korrekte Diagnose und ein angemessenes Management der Situation ist daher ein interdisziplinäres Vorgehen zwingend (Harris u. Booth, 2006). Wolke, Skuse und Reilly (2006) halten einen eklektischen Therapieansatz für gerechtfertigt, bei dem auch der Abbau von Stress und Ängsten bei Kindern und Eltern eine Rolle spielt. Für sein Interventionsprogramm für zu Hause schlägt er einen primär verhaltensmodifizierenden Ansatz vor. Die Verhaltensregeln für die Familienmahlzeiten decken sich dabei in weiten Teilen mit den Standardempfehlungen anderer, auch psychodynamisch ausgerichteter Autoren (von Hofacker et al., 2004, 2007; Chatoor, 2009). Verhaltenstherapeutische Methoden im engeren Sinn sind bisher bei Kleinkindern unter drei Jahren wenig in ihrer Wirksamkeit überprüft worden. Beschrieben wurde i. S. von operantem Konditionieren, einem Kind ausgespucktes Essen immer wieder anzubieten, bis es es schluckt (Einzelfallstudie, Patel, Piazza, Martinez, Volkert, Santana, 2002), oder auch, i. S. einer negativen Verstärkung, es im Stuhl festzuhalten, bis es das gewünschte Verhalten zeigt. Benoite und Coldbear (1998) beschrieben eine Art Flooding, also eine Überflutung des Kleinkinds mit dem angstausslösenden Nahrungsreiz, bis die Angstreaktion sich erschöpft. Diese Methoden kommen bei vielen unserer Patienten mit einer komplexen und traumatischen Vorgeschichte den bereits erlittenen Erfahrungen mit Zwangsfütterung sehr nahe, weswegen wir ihre Anwendung durch die Eltern nicht empfehlen. Eine Gruppentherapie wie zum Beispiel das Play Picknick beinhaltet in einem eklektischen Ansatz auch verhaltenstherapeutische Elemente im Sinne einer Desensibilisierung und Habituation an initial aversive Reize.

Im Folgenden werden vor allem psychodynamische Ansätze für die Behandlung primär stationär behandelter Säuglinge dargestellt.

3 Diagnostisches Vorgehen und Therapiekonzepte an der Universitäts-Kinderklinik Zürich

Kinder werden oft aufgrund komplexer körperlicher Erkrankungen hospitalisiert. Im Laufe der Zeit haben sich innerhalb des konsil- und liaisonpsychiatrischen Dienstes unterschiedliche Spezialteams herausgebildet, um den spezifischen Bedürfnissen bestimmter Patientengruppen oder Behandlungsteams gerecht zu werden. 2006 wurde der Bereich „Säuglings- und Kleinkindpsychosomatik“ institutionalisiert. Darunter fallen die liaisonkinderpsychiatrische Betreuung der Säuglingsstation und der Neonatologie, die Zusammenarbeit mit anderen Funktionsbereichen, die Leitung des interdisziplinären Sondenentwöhnungsteams sowie eine Spezialambulanz mit Schwerpunkt Fütterstörungen. Die therapeutische Grundhaltung basiert auf den psychodynamischen Konzepten von Donald W. Winnicott, Selma Fraiberg, Wilfred Bion und Daniel Stern. Von diesen Pionieren ausgehend gilt es anzuerkennen, dass ein kranker Säugling niemals ohne sein Beziehungsumfeld betrachtet und behandelt werden kann, aber dennoch auch als Individuum mit Interessen, Konflikten und frühen Ausdrucksmöglichkeiten ernst genommen werden muss.

Bei der differentialdiagnostischen Abklärung einer Gedeihstörung wird die Kinderpsychiaterin (wie je nach Situation auch der Gastroenterologe, die Logopädin und die Ernährungsberaterin) von Beginn an in den diagnostischen Prozess einbezogen. So soll vermieden werden, dass psychosomatische Aspekte erst am Schluss der diagnostischen Abklärung in Betracht gezogen werden, quasi als Endpunkt einer Ausschlussdiagnostik. Häufig ist die Abwehr der betroffenen Eltern dann bereits so strapaziert, dass eine sinnvolle Psychodiagnostik und Intervention schwierig wird. Daher müssen Themen wie „Schwierigkeiten beim Gedeihen“ frühzeitig als emotional belastendes Thema aufgegriffen und die Eltern in ihrer Sorge und ihren Ängsten um das Kind respektiert werden. Eltern veranschaulichen die Rolle der Kinderpsychiaterin beispielsweise als „Brücke zwischen der Medizin und uns“.

Die Kommunikation mit dem somatischen Behandlungsteam ist von größter Bedeutung. Der Beitrag der Kinderpsychiaterin besteht erstens in der Wahrnehmung emotionaler Zustände bei Baby und Bezugspersonen. Zweitens werden Reflexionen und Impulse im Behandlungsteam erkannt und aufgenommen. Wichtige Aspekte der Arbeit sind das Erkennen unbewusster Konflikte, die Gewährleistung von Containment (in der therapeutischen Beziehung mit Baby und Familie und durch das gesamte Team) sowie die Beachtung der Triangulierung. Diese findet in unterschiedlichen Konstellationen statt und bietet vielfältige Möglichkeiten, psychische Prozesse in Gang zu setzen und zu unterstützen: Mit der Geburt des Säuglings ist der Prozess der Triangulierung in der neu entstandenen Familie in Gang gekommen (von Klitzing, 1998) und wird durch die Erkrankung des Kindes mit Klinikaufenthalt beeinträchtigt. Auch die Beziehung zwischen somatischen Medizinerinnen und Familie profitiert in gewissen Situationen davon, dass ein (wohlwollender, vermittelnder) Dritter ins Spiel kommt.

Über die psychosomatische Liaison kann die haltende Funktion der Station als Gruppe (Mellier, 2003) verbessert werden, im Sinne eines weit gefassten Begriffs von Containment: Schwierige Gefühle werden nicht nur von den Eltern erlebt, sondern auch von Ärzten oder Pflegenden. Sie werden nicht nur von Psychotherapeuten entgegengenommen, sondern vom ganzen Behandlungsteam. In der gemeinsamen Reflexion, die bei einem gut funktionierenden Team oft auch in kurzen Momenten am Krankenbett, im Stationszimmer oder Arztbüro stattfinden, können diese oft störenden oder unbequemen Gefühle angesprochen werden. Dadurch entstehen Freiräume für die Begegnungen mit Baby und Eltern.

Für die psychotherapeutische Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern im Akutspital lassen sich vier Herangehensweisen beschreiben: 1. Interventionen am Bett, 2. Interventionen im geschützten Raum des Konsultationszimmers, 3. Interventionen in der Gruppe und 4. Interventionen gemäß Spezialkonzept.

3.1 Interventionen am Krankenbett

Die Mehrheit der Kontakte mit Baby und Eltern finden am Bett des Kindes statt. Sowohl aus diagnostischen als auch aus therapeutischen Gründen ist es wichtig, die Eltern gemeinsam mit ihrem Baby zu sehen und sie so wenig wie möglich von ihm zu trennen. Das Angebot soll so niederschwellig wie möglich gehalten werden. Hierdurch ist für die betroffenen Eltern klar, dass die Kinderpsychiaterin zum Behandlungsteam gehört. Am Bett redet sie nicht mit den Eltern über das Baby, sondern mit dem Baby und den Eltern über ihre jeweilige Situation. Der Säugling verfügt bereits sehr früh über ein Kernselbstempfinden (Stern, zitiert nach Pedrina, 2006), welches stark an physiologische und amodale Wahrnehmungen gebunden und ist und durch eine schwere körperliche Erkrankung entsprechend bedroht wird (Paul u. Thomson Salo, 2007). Oft ist es für Eltern wohltuend, wenn sie mit der Therapeutin auf Beziehungssignale fokussieren können, die das Baby trotz aller Widrigkeiten zeigt. Gelingt es der Kinderpsychiaterin, in einen Spielkontakt mit dem Baby zu treten, der nicht von Befürchtungen geprägt ist, können sich die Eltern meist auch mit einer anderen Wahrnehmung ihres Kindes identifizieren.

3.2 Interventionen im geschützten Raum des Konsultationszimmers

Mitunter wünschen sich Eltern ein Gespräch außerhalb der Station oder des Krankenzimmers. Oft bestehen dann Konflikte, eventuell zwischen den Eltern selbst oder zwischen Behandlungsteam und Eltern. Oder sie haben die Fantasie, dass sie mit einem emotionalen „Dammbruch“ reagieren und suchen hierfür den Schutz eines separaten Raums. Andererseits gibt es Eltern, die das Gespräch unter vier oder sechs Augen vermeiden, da sie einen emotionalen Ausbruch nicht zulassen möchten und in einer halböffentlichen Gesprächssituation mehr Kontrolle behalten. Hier ist eine feinfühlige und flexible Haltung gefragt, um ohne zu werten das bestmögliche An-

gebot für die jeweilige Situation zu improvisieren. Haben Eltern das Bedürfnis nach einem Gespräch im geschützten Rahmen, soll diesem Wunsch auf jeden Fall entsprochen werden. Wenn das Baby nicht dabei sein kann, wird versucht, seine Perspektive einzubeziehen und seinen Bedürfnissen Stimme zu verleihen.

3.3 Interventionen in der Gruppe (Play Picknick)

Das Play Picknick in der Züricher Adaptation (Strauss u. Maurer, 2010) ist eine interdisziplinäre und multidimensional konzipierte Gruppentherapie für Säuglinge und Kleinkinder mit Fütterstörungen sowie deren primäre Bezugspersonen. Es gibt ähnliche Gruppenkonzepte bei verschiedenen erfahrenen Klinikern, die sich mit Fütterstörungen in der frühen Kindheit auseinandersetzen. So ist die tägliche „Spieleessen“-Sitzung ein Kernstück der stationären Sondenentwöhnungsbehandlung bei Marguerite Dunitz-Scheer in Graz (Dunitz-Scheer et al., 2010); Ferguson und Morse (2003) aus Melbourne beschreiben eine Spiel- und Essgruppe für Kleinkinder mit Fütterstörungen, bei der es darum geht, „Angst und Beunruhigung durch Neugier und spielerisches Erkunden zu ersetzen“ (Übersetzung durch M. Strauss).

Die Gruppe findet über einen Zeitraum von 6-10 Wochen zweimal pro Woche statt und bleibt für neue Mitglieder offen. Sie wird von einer Kinderpsychiaterin und einer auf Schluckstörungen spezialisierten Logopädin geleitet, welche so wenig wie möglich ins Geschehen eingreifen. Die Kinder sollen sich in der Gruppe in ihrem eigenen Tempo und ihrer eigenen Art mit Essen und Esswaren beschäftigen. Ziel ist, den zumeist hohen Grad an Angst und Ablehnung gegenüber oraler Nahrungsaufnahme zu reduzieren. Dies wird dadurch erreicht, dass die Kinder einen autonomen Raum zur Verfügung gestellt bekommen, in welchem sie als Kleingruppe experimentieren, beobachten und miteinander interagieren können. Zentrales Element für die Kinder ist das freie Spiel, wobei die einzigen Objekte zum Explorieren Nahrungsmittel und Esswerkzeuge sind.

Die Mütter oder andere Bezugspersonen werden angeleitet, sich zurückzuhalten und einfach zuzuschauen (in Anlehnung an das Konzept „watch, wait and wonder“ von Cohen et al., 1999). Ziel für sie ist ebenfalls eine Reduktion negativer Affekte in Bezug auf Essen und das Entwickeln einer größeren Gelassenheit. Dies wird zum einen durch den Austausch mit den anderen Müttern der Gruppe, zum anderen durch psychoedukative und entwicklungspsychologische Inputs der Therapeutinnen gefördert.

3.4 Interventionen gemäß Spezialkonzept „Sondenentwöhnung“

Wenn für die Sondenentwöhnung medizinische Risiken hinsichtlich unvermeidlicher Schwankungen im Flüssigkeits-, Zucker- und Säure-Basenhaushalt vorliegen, müssen Kinder stationär aufgenommen werden. Die emotionale Belastung für die Familie kann aufgrund der fütterbezogenen Interaktionsstörung trotz ambulanten Betreuung zu hoch werden, um die Entwöhnung im häuslichen Umfeld durchzuführen.

Kommt es zur stationären Aufnahme eines Kindes für die Sondenentwöhnung, wird innerhalb der akutpädiatrischen Station ein intensives Therapiesetting implementiert: tägliche Kontakte der Familie mit Logopädin und Kinderpsychiaterin, meist im Rahmen einer Esssituation; zwei mal pro Woche eine Play Picknick Sitzung und tägliche Kontakte mit der Ernährungsberaterin. Zusätzlich werden supportive und psychoedukative Gespräche mit den Eltern, tägliche Kontakte zwischen Sondenteam – das sich aus einem Gastroenterologen, einer Ernährungsberaterin, einer Hals-Nasen-Ohrenärztin, einem Allgemeinpädiater, einer Pflegeexpertin, einer Logopädin und einer Kinderpsychiaterin zusammensetzt – und dem Behandlungsteam der Station sowie interdisziplinäre Fallrunden durchgeführt. Dieses aufwändige Behandlungssetting ist notwendig, um der betroffenen Familie genügend Halt zu geben. Eltern müssen eine emotionale Zerreißprobe mit vielen Ängsten aushalten, bis das Kind sich entscheidet, sich selbständig zu ernähren.

4 Fallbeispiele

4.1 Willi K.: ein Geburtstrauma mit Folgen

Eines Nachmittags erfolgte von der Stationsärztin der Säuglingsstation die Information, dass abends noch ein zwei Monate altes Kind notfallmäßig aufgenommen werde, welches unstillbar schreie. Es brauche laut einweisender Kinderärztin eine Abklärung eventueller Bauchschmerzen, zusätzlich sehe sie auch eine massive Erschöpfung der Eltern. Die Eltern berichteten, Willi schreie den ganzen Tag. Er trinke immer nur kleine Mengen, deshalb müssten sie ihn auch sehr oft „schöppeln“ (Die Muttermilch habe bald nicht mehr ausgereicht). Es schien ein Teufelskreis entstanden zu sein, bei dem die Eltern in ihrer Besorgnis jede Äußerung von Unbehagen des Babys als Hunger interpretierten und ihm jedes Mal Milch anboten. Wegen der zu häufigen Milchmahlzeiten bekam es zunehmend Bauchweh, weinte daher mehr und wurde noch häufiger „geschöppelt“ und so fort.

Am Morgen nach der Aufnahme waren die Eltern bereits nach Hause gegangen, um endlich zu schlafen. In der „Unterhaltung“ mit dem zwei Monate alten, gut gediehenen Jungen zeigte sich, dass dieser motiviert auf soziale Kontaktangebote reagierte, Zuwendung einforderte und sich recht gut regulieren konnte. Wenn er weinte, fühlte man sich gedrängt, ihn sogleich auf den Arm zu nehmen und die Schwestern behielten ihn immer in ihrer Nähe. Willi zeigte sich dann auf Station insgesamt zufrieden und schrie wenig, was seine Eltern verunsicherte.

Ihnen wurde in einem gemeinsamen Termin mit der Kinderpsychiaterin und der zuständigen Pflegenden erklärt, dass Babys in solchen Stresssituationen oft nach dem Umgebungswechsel auf der Station zunächst ganz zufrieden sind. Es gab einige kurze Kontakte am Bettchen und später einen ausführlicheren Termin. Die Pflegenden waren sehr erstaunt, als anderntags das gebildete, besorgte und zuverlässige Elternpaar

ohne anzurufen nicht zu einem vereinbarten Tagesurlaub auftauchte, sondern erst am Abend zu einem Besuch kam. Der Vater sei verhindert gewesen, die Mutter unpässlich. Wertneutral wunderte sich die Pflegende gegenüber der Kinderpsychiaterin, dass es doch nicht zu diesen Eltern passe, ihr Kind einfach da zu lassen ohne Rücksprache mit dem Team. Im ausführlichen psychiatrischen Gespräch am folgenden Tag zeigte sich dann das massive Trauma, welches alle drei Familienmitglieder bei der Geburt von Willi durchgemacht hatten: Die Geburt war anstrengend gewesen, mit Wehenmittel und Saugglocke. Willi durfte vom Vater in den Arm genommen werden, dieser legte ihn seiner Mutter an die Brust. Dann kam es bei der Mutter zu einer lebensgefährlichen Komplikation, bei der ohne sofortige Operation und intensivmedizinische Versorgung für die Mutter kaum eine Chance bestanden hätte, dem Tod durch Verbluten zu entgehen. Die harmonische Urszene wurde jäh unterbrochen: Die *Mutter* hatte gerade ihr erstes heiß ersehntes Kind im Arm, dann wurde ihr schwarz vor Augen und sie wusste nichts mehr. Der *Vater* sah zum ersten Mal voller Stolz und Freude seine Familie an. Plötzlich wurde ihm das Baby in die Arme geworfen, der Alarm ging los, Ärzte und Schwestern arbeiteten intensiv an seiner ohnmächtigen Frau. Er und Willi waren allein in einem anderen Raum und wussten über gut fünf Stunden nicht, was geschah. Er dachte, seine Frau sei tot. *Willi* wollte sich nach der anstrengenden Geburt an der gerade gefundenen Brust ausruhen und daran saugen, da wurde sie ihm wieder weggenommen. Statt Ruhe und Zärtlichkeit erlebte er nun die Angst und den Schrecken seines Vaters.

Willis Vater zeigte deutliche posttraumatische Symptome mit intrusiven Erinnerungen. Bei einer Unpässlichkeit seiner Frau hatte er sogleich das Gefühl, dass sie sterben werde. Er konnte nicht einmal in der Kinderklinik anrufen und Bescheid sagen, dass sie später kämen. Es stellte sich heraus, dass er schon seit seiner frühen Kindheit unter massiven Verlustängsten litt und die aktuelle Traumatisierung eine Wiederholung darstellte.

Verlauf: Die Eltern von Willi fühlten sich seit langem erstmals in einer medizinischen Situation sicher und ernst genommen und konnten sich entspannen. In den folgenden Gesprächen mit der Familie waren sie rasch in der Lage, den Zusammenhang zwischen den durchlebten Todesängsten und ihrer panikartigen Reaktion auf jedes Weinen von Willi herzustellen. Sie lernten, die Signale ihres Kindes differenzierter wahrzunehmen und ein neues Repertoire an Interaktionen mit ihm zu entwickeln, bei dem zwischen Füttern, Trösten und Spielen klar unterschieden werden konnte. Willi trank fortan normale Mengen und wurde nach 5 Tagen symptomfrei entlassen. In einem Nachsorgetermin berichteten die Eltern, dass es Willi unverändert gut gehe und dass der Vater sich in psychotherapeutische Behandlung begeben habe, um die aktuellen sowie alten Traumata zu bearbeiten.

Falldiskussion: Die somatische Diagnose lautete: „unspezifisches Schreien des Neugeborenen“. Wir stellten ergänzend die psychosomatische Diagnose: „Posttraumatische Störung der ganzen Familie mit massiver Erschöpfung der Mutter, sekundär gestörter Eltern-Säuglingsreziprozität und drohender Fütterstörung“ (DC: 0-3R: 602).

Durch die unbewussten Reinszenierungen durchgemachter Traumata entstand eine psychosomatisch eskalierte Situation. Die gegebenen Deutungen gingen vom Verhalten des Babys, von seiner Befindlichkeit sowie seiner Kompetenz aus. Dies bewirkte, dass sich die Eltern nicht pathologisiert fühlten, sondern zur Perspektivübernahme eingeladen waren („*wie mag sich das für unser Kind anfühlen*“) und wieder Handlungsspielräume für sich entdeckten. Die Station hatte für die Eltern eine haltende Funktion. Das Team war fähig, auftauchende Gedankenimpulse zu reflektieren, statt in eine verurteilende Haltung gegenüber den Eltern zu geraten.

4.2 Helena N.: lachenden Auges verhungern

Helena wurde im Alter von zehn Monaten zur stationären Abklärung einer Gedeihstörung auf die Säuglingsstation aufgenommen. Die Pflegenden hatten Helena als besonders herziges Baby beschrieben, das stets guter Laune sei und jeden anlächle. Wenn man versuchte, Helena zu füttern, blieb sie freundlich, ließ sich passiv und ohne Freude ein paar Löffel Brei in den Mund schieben und lehnte dann eine weitere Nahrungsaufnahme sehr bestimmt durch Kopf wegdrehen und Abwehrbewegungen ab. Die Mutter wirkte auf Station sehr verunsichert und überangepasst. Ihr Verhalten führte dazu, dass die somatischen Kollegen eine „Interaktionsstörung“ vermuteten und vorschlugen, dass Helena von den Pflegenden gefüttert werde. Darauf wurde ihre Abwehr gegen das Essen jedoch noch größer. Die Kinderpsychiaterin wurde eingeschaltet. Im Kontakt zeigte sich ein lachender Säugling, der nur aus Augen zu bestehen schien. Helena war sehr neugierig, lebhaft und interessierte sich für alles, außer fürs Essen. Die Kontaktaufnahme mit ihr fiel leicht, doch hinterließ ihre Fröhlichkeit im Gegenüber ein Unbehagen, eine Beunruhigung, ein Gefühl, etwas übersehen zu haben. Die Mutter wirkte körperlich zart, psychisch fragil, sehr verunsichert und schien schnell bereit, alle Schuld auf sich zu nehmen. Mit dem Etikett „gestörte Mutter-Kind-Interaktion“ identifizierte sie sich im Sinne einer Schuldübernahme.

Zur Vorgeschichte war zu erfahren, dass Helena zunächst ohne Probleme voll gestillt wurde und entlang der 25. Perzentile wuchs. Als Helena vier Monate war, ging der Vater im Rahmen eines Karriereschrittes für einige Monate ins Ausland. Gleichzeitig versuchte Frau N. teilweise auf Schoppen umzustellen, da sie plante, wieder zu arbeiten. Als Helena den Schoppen verweigerte, stillte die Mutter weiter und forcierte auf Anraten verschiedener Fachleute das Zufüttern mit Brei bereits im fünften Monat. Es erfolgte eine Stagnation der Gewichtszunahme, im Alter von neun Monaten wog Helena nur 5.800 g (s. Abb.1). Die motorische Entwicklung stagnierte, Helena konnte mit zehn Monaten nur mit Unterstützung sitzen, nicht krabbeln, sich kaum drehen oder aufstützen, was einem motorischen Entwicklungsstand von drei bis vier Monaten entsprach.

Die somatischen Untersuchungen auf Malabsorption und Stoffwechselstörungen waren unauffällig.

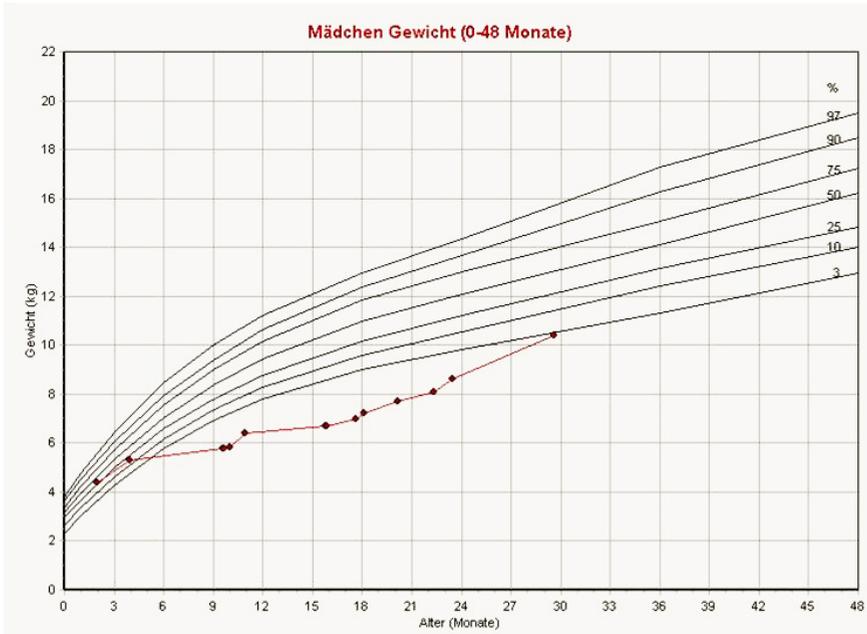


Abbildung 1: Gewichtsverlauf Helena

Verlauf: Helena schien sich auf Station wohl zu fühlen und protestierte nicht, wenn ihre Mutter sich entfernte. Frau N. wollte als Mutter unbedingt alles richtig machen und versuchte, sich an die Meinung fachlicher Autoritäten anzupassen, auch als diese sie mit dem Etikett „Interaktionsstörung“ weiter verunsicherten. Als die Kinderpsychiaterin Helena direkt auf ihr Verhalten ansprach („*Dir steht das Wasser bis zum Hals, du kannst dich vor lauter Hunger nicht mehr bewegen, und immer noch sorgst du mit deinem Lachen dafür, dass es allen gut geht!*“), rief die Mutter aus: „*das ist ja genau wie bei mir!*“ Auch in der darauffolgenden Therapie kam es immer wieder zu Sequenzen, wo Parallelen zwischen den Abwehrstrategien von Mutter und Tochter deutlich sichtbar wurden. Vorherrschendes Entwicklungsthema schien für beide zu sein, wie man sich behaupten kann, ohne Angst, den anderen zu verlieren.

Helena machte die Erfahrung, dass jemand nicht nur auf ihr gefälliges Verhalten reagierte, sondern sich für ihre innere Welt interessierte.

Auch für die Mutter hatten die therapeutischen Kontakte vor allem am Anfang eine Ich-stützende Funktion. Frau N. sah, dass Helena sofort mehr aß, wenn sie selbst unangenehme und unangepasste Gefühle zuließ und sich unterstützt fühlte. Daraufhin besetzte sie die psychotherapeutische Behandlung sehr positiv. Die Überanpassung an eine bewertende Instanz wurde durch eine gewisse Idealisierung der Kinderpsychiaterin ersetzt.

Im Play Picknick war Helena von den anderen Kindern fasziniert. Im Beisein des Vaters, der für einige Tage von seinem Auslandsaufenthalt angereist war, fing sie an, mit Esswaren zu experimentieren. Der Vater war sehr interessiert an den Informationen über das Krankheitsbild der Infantilen Anorexie (vgl. Abschnitt 2.1) und wollte seine Frau entlasten. Frau N. nahm gegenüber den anderen Müttern in der Gruppe eine fürsorgliche Rolle ein, interessierte sich für deren Geschichten und Schwierigkeiten und schaffte viel Verbindlichkeit. Dies half ihr auch gegen die eigene Verunsicherung.

Nach zwei Wochen hatte Helena das Entlasskriterium erreicht: sie hatte gezeigt, dass sie durch Essen zunehmen konnte. In enger Absprache mit dem behandelnden Kinderarzt erstellten wir einen Gewichtszunahmeplan, der als Minimalkriterium die Zunahme parallel der untersten Perzentile und als Wunschkriterium ein Aufholwachstum beinhaltete. Dies gab der Familie Sicherheit und signalisierte ihnen, dass sie mit der Verantwortung für Helenas Gedeihen nicht allein gelassen sind.

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung erstreckte sich über eineinhalb Jahre. Dabei gab es Sitzungen mit Helena und Mutter, Sitzungen mit der ganzen Familie, Teilnahme an den Play Picknick Gruppe sowie Einzelsitzungen für Frau N. Die Therapieempfehlungen auf der Verhaltensebene (wie das Einhalten von Abständen zwischen den Mahlzeiten, das Nicht-Dulden von Ablenkung während dem Essen und der Verbleib am Familientisch bis zum Ende der Mahlzeit) konnten teilweise von der Familie umgesetzt werden, allerdings war es für die Mutter lange Zeit sehr schwierig, Helena nicht ständig Knabberereien zwischen den Mahlzeiten zu gewähren. Bei den Mahlzeiten in Anwesenheit der Kinderpsychiaterin zeigte sich immer wieder, dass Helena freiwillig aß, wenn der Aufmerksamkeitsfokus vom Thema „Essen“ auf andere Themen der Familie verschoben wurde. Helena gewann langsam an Ich-Stärke. Im Alter von 17 Monaten entwickelte sie plötzlich Fremdenangst sowie anklammerndes Verhalten. Dies wurde als Nachholen einer versäumten Entwicklungsphase interpretiert und positiv gedeutet. Auch das etwas später einsetzende (milde) Trotzverhalten wurde in diesem Sinne gedeutet. Gegenüber dem Kleinkind wurde konnotiert, dass auch Trotz und Wut lebendige Gefühle sind und ihren Platz brauchen. Helena hatte gelernt, sich anderen mehr zuzumuten. Als sie anfang, sich im direkten Machtkampf mit ihrer Mutter auseinander zu setzen, normalisierte sich ihr Essverhalten zunehmend. Die Mutter sah im Verlauf der Therapie immer wieder Parallelen zwischen dem Prozess, den Helena machte, und ihren eigenen Lebensthemen. Zum Beispiel lernte sie im Beruf, sich direkter zu behaupten und weniger über Schuldgefühle manipulieren zu lassen. Auf der Familienebene ging es um die beeinträchtigte Entstehung der neuen Kleinfamilie und um Abgrenzungsprozesse gegenüber den Großelternfiguren, die durch die Abwesenheit des Vaters eine mächtige Rolle eingenommen hatten.

Im Alter von 2½ Jahren war Helena mit dem Gewicht wieder in die Perzentilkurve eingetreten, hatte den motorischen Entwicklungsrückstand aufgeholt und zeigte eine normale Sprachentwicklung. Im Familiensystem ist der Vater in die Betreuung von Helena wesentlich stärker einbezogen und die Generationsgrenzen gegenüber den Großeltern mütterlicherseits sind klarer definiert.

Falldiskussion: Die somatischen Diagnosen lauteten: „Gedeihstörung und motorischer Entwicklungsrückstand unklarer Genese.“ Wir legten uns im Verlauf auf die psychosomatische Diagnose einer infantilen Anorexie fest (DC: 0-3R: 603) und beschrieben zusätzlich eine verunsicherte Mutter-Kind-Beziehung.

Helena erfüllt viele der von Chatoor, Ganiban, Hirsch, Vorman-Spurell und Mrazek (2000) sowie Chatoor (2009) als typisch beschriebene Merkmale einer infantilen Anorexie. Insbesondere ihr Desinteresse an Nahrung, ihr ansonsten lebhaftes und neugieriges Wesen, sowie der zähe und zur Chronifizierung neigende Verlauf sprechen für diese Diagnose. Helena zeigte in ihrem Interaktionsverhalten darüber hinaus auch Merkmale einer frühen Abwehr von traumatischen Ereignissen (Fraiberg, Adelson, Shapiro, 1975) mit forciertem Lächeln und Wegblenden negativer Affektzustände im Sinne einer drohenden Entwicklung eines falschen Selbst (Winnicott, 1958). Äthiopathogenetisch ist davon auszugehen, dass es bei Helena im Alter von vier bis fünf Monaten zu einer massiven Überforderungssituation kam. Diese wurde durch den abwesenden Vater und die damit wegfallende Triangulationsmöglichkeit (von Klitzing, 1998) verschärft. Inwiefern diese Ereignisse Auslöser waren, um aus einer Tendenz eine manifeste Säuglingsanorexie zu machen, oder lediglich einen zusätzlichen komplizierenden Faktor darstellten, ist im Nachhinein schwer zu beurteilen. Für das psychotherapeutische Vorgehen hingegen war die Bearbeitung der verunsicherten Beziehung zwischen dem Baby und seiner Mutter von Anfang an wichtig. Der Tendenz der Somatiker, Kind und Mutter für die Mahlzeiten zu trennen, setzte die Psychiaterin bei ähnlicher Wahrnehmung der Beziehungsdynamik eine andere Sichtweise entgegen: Statt Mutter und Kind zu trennen, wurde mit ihnen gemeinsam gearbeitet, wodurch sich sofort konstruktive und kreative Möglichkeiten für Mikrointerventionen ergaben. Dieser Fall zeigt, wie wichtig es ist, die Psychodynamik, die hinter der manifesten Interaktionsstörung steht, zu erkennen ohne diese jedoch vorschnell zu bewerten. Des weiteren zeigt der Fall, dass die Therapieplanung bei Säuglingen und ihren Eltern flexibel sein muss.

4.3 Brandon F., ein Sondenkind: Essen oder sich ernähren lassen

Brandon kam im Alter von 15 Monaten ins Play Picknick, da die Eltern ihn von der Sonde entwöhnen wollten und damit bereits mehrfach gescheitert waren. Brandon hatte eine dramatische Geburt mit Atemstillstand durchgemacht und war lange Zeit auf der Intensivstation behandelt worden. Seit Geburt wurde er durch eine nasogastri- sche Sonde ernährt.

Brandon litt unter einer noch nicht näher verstandenen Muskelerkrankung. Die Ärzte konnten keine prognostische Einschätzung abgeben, waren aber überrascht zu sehen, dass er überhaupt laufen lernte. Aufgrund seiner neuromuskulären Erkrankung war es für Brandon viel gefährlicher als für gesunde Kinder, in einen Hungerstoffwechsel zu geraten, da Brandon Schwierigkeiten hatte, Muskeln aufzubauen. Im Hungerstoffwechsel wird u. a. Muskeleiweiß abgebaut, um Energie zu gewinnen, was man bei ihm unbedingt vermeiden wollte. Für die Neurologen war die zuverlässige ausrei-

chende Ernährung von Brandon unverzichtbare Voraussetzung für die Behandlung, sodass sie die Ernährung via Sonde nie in Frage stellten. Die Eltern hingegen empfanden die Sonde als starkes Stigma und als Einschränkung von Brandons Entwicklungsmöglichkeiten. Die Eltern waren für eine Entwöhnungsbehandlung hochmotiviert, zugleich aber auch sehr besorgt. Nachdem Brandon im Play Picknick Interesse an fester Nahrung gezeigt hatte, fühlten sich die Eltern ermutigt, eine Entwöhnungsbehandlung zu versuchen. Sie konnten sehr gut ausdrücken, wie sie die Unterstützung durch das therapeutische Team benötigten, um ihre Ängste nicht überborden zu lassen und ihr Kind gut unterstützen zu können.

Brandon wurde entsprechend dem Spezialkonzept (vgl. Abschnitt 3.3.) stationär aufgenommen und vom Stationsteam in Zusammenarbeit mit dem multidisziplinären Sondenentwöhnungsteam und in enger Absprache mit der verantwortlichen Neurologin behandelt. Dabei war anfangs unklar, ob die Entwöhnung wegen zu labilen Muskelstoffwechsels abgebrochen werden müsste. Nicht nur die Eltern reagierten mit erheblichen Ängsten auf die typische anfängliche Nahrungsverweigerung von Brandon. Auch das Behandlungsteam war verunsichert, es kam zu heftigen Auseinandersetzungen um die Frage, ob und wann doch wieder Kalorien per Sonde zugeführt werden müssten. Das Sondenteam war sehr gefordert, die Kommunikation auf einer konstruktiven Ebene zu halten. Die Balance zwischen berechtigter Sorge um den Gesundheitszustand des Kindes und dem somatischem Ausagieren diffuser Ängste und Hilflosigkeit war nicht immer einfach. In der Haltung gegenüber den Eltern mussten diese auch im Behandlungsteam aktiven Ängste, Befürchtungen und das Misstrauen „verdaubar“ gemacht werden. Im Sinne: „es ist normal und gehört dazu, dass somatische Ärzte mehr Sicherheit wollen und wir als Therapeuten des Kindes seine Autonomie unterstützen müssen. Es braucht einen Kompromiss, der Entwicklung möglich macht.“ Auf diese Weise konnte erreicht werden, dass trotz einer schwierigen Situation ein Containment durch die therapeutischen Beziehungen zum Behandlungsteam möglich wurde. Dies stellte den wichtigsten therapeutischen Wirkfaktor dar.

Brandon, dem es zwischenzeitlich in seinen Unterzuckerzuständen schlecht gegangen war, entdeckte zunächst hochkalorische Nahrungsmittel (Nussnougatcreme) als Möglichkeit, mit geringem Aufwand sein körperliches Befinden selbst positiv zu beeinflussen. Innerhalb 2½ Wochen hatte er gelernt, sein Gewicht ohne Sondennahrung zu stabilisieren. Drei Monate nach Entlassung berichteten die Eltern, dass sie nun in punkto Essen eine völlig normale Familie mit Kleinkind seien und die neu gewonnenen Freiheiten sehr genießen würden.

Falldiskussion: Die somatische Diagnose lautete auf ein neuromuskuläres Leiden mit axialer, facialer und proximaler Muskelschwäche und sekundärer Trink- und Essschwäche. Die Tatsache der Vollsondierung mittels nasogastrischer Sonde war in den Arztbriefen kaum erwähnt und nicht problematisiert worden. Wir stellten ergänzend eine sekundäre Fütterstörung (Sondenabhängigkeit) fest im Sinne einer erlernten Nahrungsverweigerung (DC: 0-3R: 605).

Bei Brandon bestand initial eine eindeutige medizinische Notwendigkeit einer Ernährung via Sonde. Die Sondenabhängigkeit als eine spezielle Form von Fütterstörung stellte eine Komplikation der lebensrettenden Therapie dar. Als es Brandon besser ging und er nicht mehr vom Sauerstoff abhängig war, fand die Familie zunächst keine medizinischen Partner für ihr Anliegen, die Sonde loszuwerden, unter anderem auch als Zeichen für die Normalisierung ihres Familienalltags. Es brauchte die interdisziplinäre Zusammenarbeit des Sondenentwöhnungsteams mit den Fachspezialisten, um diesem Anliegen im Sinne einer Entwicklungsförderung Gehör zu verleihen. Dieser Fall zeigt, dass auch bei einer reaktiven Störung ohne schwerwiegendere Psychopathologie der notwendige therapeutische Aufwand sehr hoch sein kann.

5 Diskussion und Fazit für die Praxis

Säuglinge und Kleinkinder sind auf Eltern, Betreuer und Ärzte angewiesen, insofern diese darüber entscheiden, ob sie zu dünn sind, unter einer Essverhaltensstörung leiden und ob sie in ein Krankenhaus müssen. Die Auswahl an Psychotherapiemethoden für sie ist begrenzt: Ein 18 Monate altes Kind kann keine Angsthierarchie erarbeiten, keinen Therapieplan unterschreiben und seine Ängste und Konflikte weder in Worte fassen noch durcharbeiten. Unsere jüngsten Patienten können keine Meinung darüber abgeben, ob sie eine bestimmte Behandlung wünschen und ob sie sich auf einer Station aufgehoben fühlen. Sie können nicht verbalisieren, ob sie sich verlassen fühlen, überfordert sind und ob ihnen etwas wehtut. Die Meinungen, Wahrnehmungen, Befürchtungen, Ängste und Hoffnungen ihrer Eltern sind daher ein wichtiger Teil der klinischen Beurteilung eines Falles. Aber genauso wichtig sind für uns als Behandelnde die Informationen, die uns die Babys selbst geben. Bereits Säuglinge können sehr viel über sich mitteilen, sofern wir bereit sind, ihnen zuzuhören und ihre Signale zu lesen. Dann können wir auch verschleierte Impulse wahrnehmen, sowohl beim Baby als auch bei seinen Bezugs- und Betreuungspersonen.

Übertragung und Gegenübertragung, Triangulierung und Containment finden unzweifelhaft in der täglichen Arbeit auf einer pädiatrischen Station in vielen Konstellationen statt, auch wenn die nicht psychotherapeutisch geschulten Kolleginnen und Mitarbeitenden sie selten in diesen Begriffen benennen.

Eine Gegenübertragungsreaktion zur Kenntnis zu nehmen, richtig einzuordnen und nutzbar zu machen, ist eine Aufgabe der psychodynamisch arbeitenden Kinderpsychiaterin. Die emotionale Reaktion einer Bezugspflegerin auf ein bestimmtes Baby kann wie im Fall Willi einen entscheidenden Hinweis für die diagnostische Einschätzung des Falles liefern, oder sie initiiert unbeabsichtigt einen Ausweg aus einer verfahrenen Behandlungssituation. Andererseits kann die gemeinsame Auseinandersetzung mit solchen Gegenübertragungsreaktionen auch Entwicklungsanreize für ein Team bewirken und zur Sensibilisierung beitragen.

Triangulierungsphänomene spielen wie im Fall Helena oft eine herausragende Rolle. Die Kinderpsychiaterin trifft auf ein Familiensystem, in welchem sie die Bedeutung der Triangulationspartner konnotieren und Konflikte im Dreieck ansprechen kann. Andererseits muss sie mitunter selbst als triangulierende Instanz in die Beziehung zwischen Eltern und somatischem Behandlungsteam eingreifen.

Eine Besonderheit der liaisonpsychiatrischen Arbeit in einer Kinderklinik ist die Begegnung mit den Familien, welche man gleichsam in ihrem (Klinik)Alltag begleitet. Dies eröffnet Möglichkeiten des unmittelbaren Erlebens und des szenischen Verstehens, welche direkt als psychodynamische Diagnostik eingesetzt werden können.

Containment als wichtiger Grundbegriff psychodynamischen Denkens sollte nicht durch zu breiten Gebrauch verwässert werden (Bovensiepen, 2008). Aber auch für ein primär somatisches Arbeitsfeld ist gültig: Ohne ein funktionierendes Containment durch das Behandlungsteam ist alle psychotherapeutische Kompetenz wenig wert. Wenn ein Team durch eine neue Herausforderung an seine spezifischen Grenzen gerät, drohen Ängste frei zu werden und sich auf die Beziehungs- und Behandlungskompetenzen auszuwirken. Diese Ängste aufzufangen, für die Patienten aushaltbar zu machen und ihnen als Teil ihrer eigenen Befürchtungen zur Verfügung zu stellen, kann in Situationen, bei denen wie bei der Sondenentwöhnung die Teamleistung um Vordergrund steht, eine der wichtigsten Interventionen sein.

In einer Kinderklinik tätige Kinderpsychiater und Psychologen kommen gelegentlich „zwischen Stuhl und Bank“ zu sitzen, wo sie auf fast verlorenem Posten für unvollkommene oder unausgesprochene Aufträge und Projektionen zur Verfügung stehen. Gelingt es dennoch, ihre spezifischen Fertigkeiten des therapeutischen Zuhörens nutzbar zu machen, kann den kleinen Patienten und ihren Familien eine ganzheitlichere Behandlung angeboten werden.

Literatur

- Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., Chatoor, I. (2009). Maternal Pathology and Child Risk Factors in Infantile Anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 1-8.
- Archer, L. A., Rosenbaum, P. L., Streiner, D. L. (1991). The children's eating behavior inventory: Reliability and validity results. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 629-642.
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) (2009). Gedeihstörungen. Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung; AWMF-Leitlinien-Register Nr. 068/002.
- Benoite, D., Coolbear, J. (1998). Posttraumatic feeding disorders in infancy: Behaviours predicting treatment outcome. *Infant Mental Health Journal*, 19, 409-421.
- Blisset, J., Meyer, C., Haycraft, E. (2007). Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eating Behaviors*, 8, 311-318.
- Bovensiepen, G. (2008). Mentalisierung und Containment. Kritische Anmerkung zur Rezeption der Entwicklungs- und Bindungsforschung in der klinischen Praxis. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 137, 7-28.

- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 98-111.
- Chatoor, I. (2009) *Diagnosis and Treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children*. Washington: Zero to Three Press.
- Chatoor, I., Egan, J. (1983) Nonorganic failure to thrive and dwarfism due to food refusal. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 294-301.
- Chatoor, I., Ganiban, J., Hirsch, R., Vorman-Spurrell, E., Mrazek, D. (2000). Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 743-751.
- Chatoor, I., Ganiban, J., Surlis, J., Doussard-Roosevelt, J. (2004). Physiological regulation in infantile anorexia: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1019-1025.
- Chatoor, I., Surlis, J., Ganiban, J., Beker, L., McWade Paez, L., Kerzner, B. (2004). Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics* 113, 440-447
- Cierpka, M., Hirschmüller, B., Israel, A., Jahn-Jokschies, G., von Kalkreuth, B., Knott, M., Stasch, M., Wiesler, C., Windaus, E. (2007). *Manual zur psychoanalytischen Behandlung von Regulationsstörungen, psychischen und psychosomatischen Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern unter Verwendung des Fokuskonzeptes*. In M. Cierpka, E. Windaus (Hrsg.), *Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie, Konzepte – Leitlinien – Manual*. (S. 104). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Cohen, N. J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C. J., Barwick, M. B., Brown, M. (1999). Watch, wait and wonder: testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 429-451.
- Coolbear, J., Benoitte, D. (1999). Failure to thrive: risk for clinical disturbance of attachment? *Infant Mental Health Journal*, 20, 87-104.
- Cooper, P. J., Whelan, E., Woolgar, M., Morrel, J., Murray, L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: Role of the family environment. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 210-215.
- Davies, W. H., Satter, E., Berlin, K. S., Sato, A. F., Silverman, A. H., Fischer, E. A., Arvedson, J. C., Rudolph, C. D. (2006). Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: The case for a relational disorder. *Journal of Family Psychology*, 20, 409-417.
- Dunitz-Scheer, M., Huber-Zyringer, A., Kaimbacher, P., Beckenbach, H., Kratky, E., Hauer, A., Scheer, P. (2010). Sondenentwöhnung. *Pädiatrie*, 4+5, 25-32.
- Eliachaf, C. (1997). *Das Kind, das eine Katze sein wollte – psychoanalytische Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern*. München: Dtv Taschenbuch „Dialog und Praxis“.
- Emde, R. (Hrsg.) (2005). *DC: 0-3R. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition*. Washington: Zero to Three Press.
- Ferguson, L., Morse, S. (2003). Ooey Goey Group: a behavioral interactive group for young children with feeding problems and their parents. *The Signal*, 2, 12.
- Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1975). Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationships. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 387-421.
- Harris, G., Booth, I.W. (2006). The nature and management of eating problems in pre-school children. In P. Cooper und Alan Stein (Hrsg.), *Childhood Feeding Problems and Adolescent Eating Disorders* (S. 92-122). London: Routledge.

- Klaus, M. H., Kennel, J. H. (1970) Human maternal behaviour at the first contact with her young. *Pediatrics*, 46, 187-192.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H. (1976). *Parent-Infant Bonding*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Kunde-Trommer, J., Mangelsdorf, S., Rösch, B. (2001). Interdisziplinärer Therapieansatz für frühkindliche Essstörungen. *Logopädie*, 15, 7-11.
- Kush, S. A., Campo, J. V. (1998). Consultation and Liaison in the Pediatric Setting. In R. T. Ammerman, J. V. Campo (Hrsg.), *Handbook of Pediatric Psychology and Psychiatry* (S. 23-40). Boston: Allyn and Bacon.
- Lewis, M. (2002). Foreword: Eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11, xv-xvi.
- Mellier, D. (2003). Ängste beim Säugling: Gruppendynamische Prozesse im Betreuungsteam und Probleme mit dem Containment. Deutschsprachiges Manuskript des Vortrags an der GAIMH Tagung in St. Gallen.
- Papoušek, M. (2004). Regulationsstörungen in der frühen Kindheit: klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern: Hans Huber.
- Papoušek, M., Wollwerth de Chuquisengo, R. (2006). Integrative kommunikationszentrierte Eltern-Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 235-254.
- Patel, M. R., Piazza, C. C., Martinez, C. J., Volkert, V. M., Santana, C. M. (2002). An evaluation of two differential reinforcement procedures with escape extinction to treat food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 363-374.
- Paul, C. (2007). Sick babies in hospital. In F. Thomson Salo, C. Paul (Hrsg.), *The Baby as Subject* (S. 18-30). Melbourne: Stonnington Press.
- Paul, C., Thomson Salo, F. (2007) Introduction. In F. Thomson Salo, C. Paul (Hrsg.), *The Baby as Subject* (S. 8-11). Melbourne: Stonnington Press.
- Pedrina, F. (2006). Theoriegeschichte und Entwicklung der psychoanalytisch fundierten Eltern-Baby-Therapie. In F. Pedrina, *Mütter und Babys in psychischen Krisen*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Strauss, M., Maurer, I. (2010). Come play with your food. *Infant Mental Health Journal* 31 (Abstract Supplement), 148.
- von Hofacker, N., Papoušek, M., Wurmser, H. (2004). Fütterstörungen. In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern: Hans Huber.
- von Hofacker, N., Lehmkühl, U., Resch, F., Barth, R., Jacubeit, T. (2007). Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter 0-3 Jahre. In Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Hrsg.), *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings, Kindes- und Jugendalter* (S. 357-378). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- von Klitzing, K. (1998). Die Bedeutung des Vaters für die frühe Entwicklung. Entwicklungspsychologische Argumente für die Einbeziehung des „Dritten“ in den therapeutischen Prozess. In K. von Klitzing (Hrsg.), *Psychotherapie in der frühen Kindheit* (S. 119-131). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ward, M., Lee, S. S., Lipper, E. G. (2000). Failure-to-Thrive is associated with disorganized Infant-Mother Attachment and unresolved maternal Attachment. *Infant Mental Health Journal*, 21, 428-442.

- Winnicott, D. W. (1958). *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock
- Wolke, D., Skuse, D., Reilly, S. (2006). The management of infant feeding problems. In P. Cooper und Alan Stein (Hrsg.), *Childhood Feeding Problems and Adolescent Eating Disorders* (S. 41-91). London: Routledge.
- Zero to Three, National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hrsg.) (1994). *Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern*. Wien: Springer.

Korrespondenzanschrift: Dr. med. Monika Strauss, Kinderspital Zürich, Universitäts-Kinderkliniken, Steinwiesstrasse 75, CH 8032 Zürich;
E-Mail: monika.strauss@kispi.uzh.ch