

# **Kinder, Eltern und gestörtes Essverhalten**

## **Erfahrungen aus der Beratungsarbeit**

*Britta Rotter, Fulda*  
*Soziologin M.A.*

### **Essen und Trinken hält Leib und Seele und auch Familien zusammen**

Alle Eltern stehen vor der Aufgabe, ihrem Kind zur Selbstregulierung von Trinken und Essen zu verhelfen. Diesen Lernprozess kann man auch als „familiales Esstraining“ bezeichnen, das alle Kinder, ohne es selbst zu merken oder bewusst zu erleben, in den ersten sechs Lebensjahren hinter sich bringen. Das Esstraining kann hart oder verwöhnend sein. Es kann an festen Prinzipien orientiert sein oder eher an spontaner Esslust. Es kann reduziert sein auf die reine Zufuhr von Nährstoffen oder stark auf Genuss fixiert. Da unterscheiden sich die Familienstile sehr. Immer aber ist Selbstregulierung des Essens das Ziel.

Damit diese entstehen kann, müssen Innensteuerung des Essverhaltens (durch Körpersignale wie Hungerwahrnehmung und Sättigungsgefühl, welche fast alle Neugeborenen mit auf die Welt bringen) und Außensteuerung (durch Modellverhalten der Eltern, Rituale und so genannte Essmanieren, die den wilden Hunger zähmen und zivilisieren) ineinander greifen. Essen lernen ist ein sehr störrischer Prozess. Das hat sich inzwischen unter Eltern herumgesprochen.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, einen Blick auf den gesellschaftlichen Kontext zu werfen: Essstörungen sind ein typisches Produkt von Wohlstandsgesellschaft bzw. oralen Überflussgesellschaften. Nur hier sind Nahrung und Genussmittel immer reichlich, für jeden erschwinglich, in verlockender Vielfalt und Präsentation vorhanden. Dieses Schlaraffenland mit den allzeit gefüllten Supermärkten und Fresskörben existiert erst seit etwa 50 Jahren – eine ernährungsmäßig völlig neuartige Situation, die auch neuartige Probleme erzeugt. Diese reichen von der krankhaften Naschsucht eines Kindes bis zum kollektiven Diätwahn. Eltern und Kinder brauchen dafür eine besondere Ausrüstung: sie müssen eine stabile psychische Kontrolle erwerben – nicht zu viel und nicht zu wenig. Und sie müssen starkem gesellschaftlichem Druck gewachsen sein.

### **Hilfe, wir haben ein Essproblem!**

Eltern sind heute zwar sehr sensibilisiert für Essstörungen bei ihren Kindern und schnell alarmiert, wenn Kinder plötzlich fressen oder hungern. Aber relativ selten sind Essprobleme von Kindern explizit der Grund zur Anmeldung in einer Erziehungsberatungsstelle. Spezialzentren für Essstörungen haben meist ältere Jugendliche und Erwachsene als Zielgruppen. Kinder- und Jugendärzte sowie kinder- und jugendpsychiatrische Praxen sehen sich am ehesten mit Fütter- und Essproblemen von Kindern konfrontiert. Nach meiner eigenen Erfahrung mit einem familientherapeutischen Beratungsangebot in einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin entsteht die spontane Bereitschaft von Eltern und Kindern, Essprobleme zum Thema zu machen, dann, wenn die Beraterin direkt und explizit danach fragt: Macht das Essen mit dem Kind Freude oder Sorgen? Wer genießt es am meisten? Wer am wenigsten? Wer sorgt sich sehr? Auch die Wunderfrage kann hier weiterhelfen.

Ich möchte anregen, dass Familienberatungsstellen sich kindlichen Fütter- und Essstörungen, vor allem solchen subklinischer Art, in ihrer Beratungsarbeit mehr öffnen. Frühe Hilfestellungen wirken präventiv in Bezug auf spätere manifeste Essstörungen. Die Beratung – besonders mit sehr kleinen Kindern – kann selber als Ess- oder Füttersituation inszeniert werden. Videoaufnahmen von häuslichen Esssituationen können mitgebracht und gemeinsam ausgewertet werden.

### **Esstisch, Fresstisch, Stresstisch**

Was macht eine gute „nährende Beziehung“ aus? In ihr sind die Rollen von Eltern und Kind klar definiert und eindeutig verteilt. Die Eltern sind verantwortlich dafür, was sie dem Kind zu essen anbieten. Dabei nutzen sie ihre Erfahrung, was dem Kind schmeckt, und ihr Wissen über gesunde Kinderernährung. Eltern sind auch verantwortlich dafür, wann sie über den Tag erteilt Essen anbieten, und wie das Essen angeboten wird, d. h. welche Regeln am Esstisch gelten. Eltern sollen deren Einhaltung durchsetzen. Natürlich bestimmen Eltern auch die Essatmosphäre. Das Kind entscheidet selbst, ob es das Angebot akzeptiert oder nicht. Es entscheidet, wie viel es ja nach Hunger zu sich nimmt, und es hört auf, wenn es satt ist. Das ist die grundlegende Spielregel für das Essenlernen. Sie gilt vom Lebensanfang an. Gelingt es Eltern und Kindern, diese Spielregel umzusetzen, lernt ein Kind, Essen und Trinken selbst zu regulieren. Ziele einer Essberatung sind z. B. die Stärkung der elterlichen Rolle und die Sicherung des kindlichen Freiheitsspielraums beim Essen. Manifester Essensdruck („du musst mehr essen, du hast nichts auf den Rippen“; „Du darfst nicht soviel essen, die Hose passt nicht mehr“) oder latenter Essensdruck („ich habe extra für die gekocht“) wird im Beratungsprozess bewusst gemacht. Dies ist wichtig, denn durch jeden Essensdruck gerät die nährende Beziehung aus dem Gleichgewicht.

In diesem Lernprozess treten aber auch Störfaktoren auf, die als ungebetene Gäste am familialen Esstisch erscheinen:

Als erstes ist die ausgeprägte Angst mancher Eltern um das Gedeihen ihres Kindes zu nennen, welche vor allem nach einer komplizierten Schwangerschaft oder bei einer Frühgeburtlichkeit mit krisenhaftem Entwicklungsverlauf des Kindes ausbricht. Den Hintergrund bildet eine archaische Urangst, das Kind könne verhungern. Diese Angst erzeugt Essensdruck.

Als zweiter Störfaktor wirkt sich die sensorische Erinnerung der Eltern an negative Esserlebnisse aus der eigenen Kindheit aus. Häufig beschreiben sich Eltern so: „ich was als Kind ein schlechter Esser“ und schildern Esserfahrungen ohne jeden Lustgewinn.

Der dritte ungebetene Gast erscheint in der Gestalt einer aktuellen oder chronischen Essstörung der Eltern. Normalerweise werden Essstörungen von Eltern ähnlich stark mit einem Tabu belegt wie Suchttrinken, Medikamenten- oder Drogenkonsum von Familienmitgliedern. Nur bei offenem und direktem Fragen in der Beratung beginnen viele Mütter, von eigenen anorektischen Phasen, von dauerhaft gezügeltem Essen oder eigenen Essanfällen zu berichten. In der Forschung ist inzwischen gut belegt, dass eine gestörte mütterliche Einstellung zum Essen zu Essstörungen der Kinder beiträgt und dass Schlankheitsdruck, Gewichtskontrolle und restriktives Essverhalten direkt von Müttern an Töchter vererbt wird.

Ein vierter Störfaktor kann in unterschiedlichen Essstilen oder Esskulturen der Eltern aus ihren Herkunftsfamilien liegen: so z. B. ein genussbetonter Essstil gegenüber der Abwertung, dass Essen nichts weiter sei als ein notwendiges Übel. Ein spontaner Essstil von der Hand in den Mund wird gegen einen streng geregelten Ablauf der familialen Mahlzeiten verteidigt. Eine traditionelle Esskultur kollidiert mit überwertigen Idealen einer gesunden Ernährung.

Alle diese ungebetenen Gäste erzeugen Spannungen am Esstisch, vor allem aber Druck auf das Essverhalten der Kinder.

### **Welche Störungen sind charakteristisch für welche Entwicklungsphasen?**

In den ersten beiden Lebensjahren wird die elementare Fütterbeziehung zwischen Kind und Eltern am häufigsten durch folgende Störungen gefährdet:

- die frühe Regulationsstörung:  
Ausgangspunkt ist eine Störung der Homöostase des Kindes in den ersten 3 Lebensmonaten. Empfindlichen und irritierbaren Kindern, besonders Frühgeborenen oder Kindern mit perinatalen Risiken gelingt die Koordination von Atmen, Saugen und Schlucken nicht. Oder die Entwöhnung nach längerer Sondenernährung gestaltet sich als schwieriger Prozess. Die Essstörung entsteht dadurch, dass Eltern in dieser Situation nicht nur in emotionale Hochspannung, sondern auch unter erheblichen Fütterdruck geraten. Hier kann die Essberatung Eltern helfen, eine nährnde Beziehung aufzubauen.
- die Störung der oralen Bindung (ab dem 3. Lebensmonat):  
Dies kann geschehen durch Abspeisen des Kindes, das bei jeder Bedürfnisspannung Nahrung erhält, weil die Eltern seine Unlustsignale nicht gut entschlüsseln können. Ursache kann auch inkonsistentes, unberechenbares Füttern durch inkompetente oder stark überforderte Eltern sein. In dieser kritischen Situation brauchen Eltern intensive Familienhilfe oder Betreuung bei der Versorgung.
- die frühe Essverweigerung:  
im Stadium von Separation und Individuation (ab 6 Monaten bis ins 3. Lebensjahr hinein), wenn das Kind gegenüber dem angebotenen Essen erstmals eigenen Einfluss und eigene Macht erprobt.
- extrem wählerisches Essverhalten,  
das viele Kinder gegen Ende des 2. Lebensjahres zeigen, also in der Phase der psychischen Wiederannäherung. In diesem Stadium entwickeln Kinder einen auffälligen Bedarf nach allem, was vertraut ist, und eine bislang ungewohnte Angst vor allem Neuen wirkt sich auf Appetit, Geschmackserleben und Essverlangen aus. Wählerisches Essverhalten irritiert und provoziert die Eltern. So entsteht Essensdruck, der zum Fokus einer Beratung der Eltern gemacht werden kann.

Im Kindergartenalter zwischen 3 und 6 Jahren treten häufig neue Störungen auf:

- die phobische Essverweigerung:  
Meistens hat sie akute somatische Auslöser, die das Kind verstören. Magische Phantasien über Körper, Nahrung und Essen, die in diesem Entwicklungsstadium normal sind, verstärken die Angstabwehr gegenüber dem Essen. Diese Essstörung ist durch Spieltherapie mit verhaltenstherapeutischer Anleitung der Eltern gut zu behandeln.
- die oppositionelle Essverweigerung:  
Hier wird der alterstypische Machtkampf um die Autonomie über das Essen ausgetragen. Kind und Eltern scheinen nach der Devise zu handeln: „Kämpfen statt Essen“. Das Aufgreifen der zentralen Spielregel und der Rollenteilung in einer klar strukturierten Beratung kann anleiten, den familialen Stresstisch wieder abzuräumen.

Von der oppositionellen Essverweigerung muss eine andere Störung deutlich abgegrenzt werden:

- der psychogene Appetitverlust.  
Er ist eine Reaktion des Kindes auf eine gravierende psychische Belastung oder Traumatisierung, wobei neben dem gestörten Essen immer auch anderes Symptomverhalten zu beobachten ist.

Der Schulanfang ist eine zentrale Zäsur für den Einfluss der Eltern auf das Essverhalten ihres Kindes und für die familiäre Einbindung des Essens überhaupt: Die Freiheitsspielräume des Kindes wachsen; die Familienmahlzeiten werden abgewählt; eine Kinderkultur des Essens wird neu entdeckt; die Konsumentenrolle wird erprobt. Kinder werden sich in dieser Zeit ihrer Essmotive bewusster: bereits Achtjährige können die Ersatzfunktionen des Essens (Trost spenden, Langeweile mildern, Einsamkeit vertreiben, Spannung lösen usw.) für sich selbst erkennen.

Die Schule erlaubt und fördert Wettbewerb und sozialen Vergleich innerhalb einer Kindergruppe. Neben Leistungen und Fähigkeiten geraten in erster Linie äußere Merkmale wie Aussehen und Körpergestalt unter diesen Vergleichsdruck, der über Bewunderung und Diskriminierung in das Selbstwertgefühl der Kinder eingeht. Schulkinder mit schwachem Selbstwertgefühl entwickeln eine Essstörung als Reaktion auf diesen – zum Teil als „hammerhart“ erlebten – sozialen Druck der Gleichaltrigen. Dieser kann in zwei Richtungen wirken:

- zur Esssucht des dicken Kindes,  
die sich sehr häufig auf der Basis einer genetisch bedingten familialen Adipositas entfaltet. Durch Selbstisolierung befreit sich das Kind vom sozialen Druck der Gleichaltrigen. Das in sich befriedigende süchtige Essen hat Ersatzfunktion, die das Kind auch mit allen Mitteln gegenüber der Familie verteidigt.
- zur kindlichen Form der Anorexie:  
Diese betrifft überwiegend Mädchen im Grundschulalter. Sie unterwerfen sich dem sozialen Druck der Gleichaltrigen und sind überzeugt: man muss ganz dünn sein, um von anderen geliebt zu werden. Zwei Merkmale fördern den direkten Weg in die anorektische Essstörung: eine unnachsichtig perfektionistische Einstellung zu sich selbst und die

Identifikation mit der eigenen Mutter, welche Schlankheitsideal, restriktives Essen und Diäterfahrung vorlebt und dieses Muster an die Tochter weitergibt.

Eine Familienberatung esssüchtiger und anorektischer Kinder mit ihren Eltern eröffnet die Möglichkeit, Koalitionen und Spaltungen innerhalb einer Familie welche die Störung des Kindes stabilisieren, transparent zu machen. Es können neue Bündnisse angeregt werden, die das Kind zu einem ersten aktiven Veränderungsschritt motivieren.

Der Arbeit im Einzelsetting sind aber in ihrer Wirkung auch deutliche Grenzen gesetzt. Um sich mit Selbstbild und Erwartungsdruck der Gleichaltrigen auseinanderzusetzen, um Ess- und Genussfähigkeit neu zu lernen, ist die Kindergruppe der beste Ort für gezielte Intervention. Eine Vielfalt von gruppentherapeutischen und –pädagogischen Angeboten, Aktionen und Initiativen rund ums Essen wendet sich direkt an Kinder, so z. B.

- langfristig angelegte interdisziplinäre Gruppenschulungen für adipöse Kinder (Moby Dick, Obeldicks, Adifit, Fitoc)
- Präventionsprogramme gegen Essstörungen für Schulklassen (Durch Dick und Dünn)
- Projekte zur Veränderung der Esskultur an der Schule (Schule mit Biss, Pausenbar und Schulbistro in Eigenregie der Schüler)
- Aktionen zur Sinnesschulung für Kinder (Fühlen, wie's schmeckt)
- Kampagnen zur Förderung gesunden Essens in Kita und Schule (Fit Kid)
- Kochschulen für Kinder mit gemeinsamem Essen und Backen

### **Ein kurzer Ausblick auf die Adoleszenz**

Seit rund 20 Jahren gelten Störungen des Essverhaltens als typische Adoleszenzstörungen. Anorexia nervosa und Bulimia nervosa wurden in den 80er Jahren als Störungen mit Krankheitswert definiert und ins öffentliche Bewusstsein gebracht. Die damals Betroffenen sind heute Eltern und geben etwas von ihrem Störungsmuster weiter an ihre Kinder.

Damals wurden jugendliche Essstörungen primär im Rahmen eines Ablösungskonfliktes der Töchter von den Eltern, insbesondere der Mutter, verstanden, waren also auch primär familientherapeutisch zu behandeln. Die Behandlungskonzepte haben sich inzwischen grundlegend gewandelt und sehr differenziert.

Heute hat sich – das erfahren alle, die mit essgestörten Kindern und Jugendlichen arbeiten – das Verständnis der Störung um eine gesellschaftliche Dimension erweitert: Zu den Leitwerten der heutigen Jugendkultur gehören Körperkult, Schönheitsmythos und Schlankheitsdruck. Diese Körper-Ideale gelten für Mädchen wie für Jungen. Allerdings machen sich Mädchen mehr Druck, diesen Idealen entsprechen zu müssen, auch wenn die reale Körpererfahrung im Kontrast dazu steht. Die suggestive Kraft dieser Jugendkultur belegen mehrere Entwicklungstrends, von denen ich drei nennen möchte:

- Störungen des Essverhaltens sind nicht mehr weiblich: vermehrt sind Jungen von anorektischen und bulimischen Essstörungen betroffen.
- In einigen Jugendszenen (Tanz/Ballett, Fitness/Krafttraining, Leistungssport u. a.) werden Essstörungen enttabuisiert und toleriert.
- Bulimisches Essverhalten ist unter 15- bis 16-Jährigen inzwischen weit verbreitet, wird also tendenziell in die Jugendkultur integriert.

### **Literatur:**

Anderluh M. B. u. a. (2003), Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult Women with Eating Disorders: Defining a Broader Eating Disorder Phenotype, Am. J. Psychiatry 160

Bahrke u. a. (2003), Zur Verbreitung pathologischen Essverhaltens unter Schülerinnen und Schülern einer Großstadt, Psychother. Psych. Med. 53

Bruch H., (1991), Essstörungen, Frankfurt a. M.

Buddeberg-Fischer B. / Klaghofer R. (2002), Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz, Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 51

Herpertz-Dahlmann B. / Müller B. (2000), Leistungssport und Essstörungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht, Monatsschr. Kinderheilk. 148

Kast-Zahn A. / Morgenroht H. (1999), Jedes Kind kann richtig essen, Ratingen

Klitzing Kai von, Hg. (1998), Psychotherapie in der frühen Kindheit, Göttingen

Ludewig K. (1999), Der Kampf der Giganten: Magersucht vs. Plan, in: Vogt-Hillmann M. / Burr W., Hg., Kinderleichte Lösungen, Dortmund

Pudel V. / Westenhöfer J. (1998), Ernährungspsychologie, 2. Aufl. Göttingen

Reich G. / Buss C. (2002), Familienbeziehungen bei Bulimia und Anorexia nervosa, Familiendynamik 27

Reich G. / Cierpka M., Hg. (1997), Psychotherapie der Essstörungen, Stuttgart

Reinehr T. u. a. (2002), Ambulante Adipositaschulungen im Kindesalter, Klein. Pädiatr. 214

Satter E. (1990), The Feeding Relationship: Problems and Interventions, J. of Pediatrics 117