

Dr. Monika Herma-Boeters

**Referat „Essstörungen bei Kindern, im Besonderen: Futterstörung
und selektives Essen bei Kleinkindern“**

**ERNÄHRUNG 2010 Mitten in der Medizin
Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin DGEM
17. – 19. Juni 2010, Leipzig**

Dass viele Kinder keinen Spinat mögen oder sie grundsätzlich Spaghetti vor Gemüse den Vorzug geben, mögen Sie alle kennen. Und alle werden Sie jetzt für einen kurzen Moment über Ihr eigenes Kindsein nachdenken, was Sie gern aßen und was eher nicht. Und wohl kaum ein Kind – und wahrscheinlich auch keiner von Ihnen – hat den Pudding nach dem Hauptgang stehen lassen. Umso mehr verwundert es, wenn wir auf Kinder stoßen, die „leidenschaftlich gerne Salat essen“ oder sich mit Hingabe „in Spinat legen können“. Und just diese Kinder nicht unbedingt Schokolade und Nachspeisen favorisieren.

Unser Erstaunen setzt aber dann aus und wird eher von Ärger begleitet, zumindest der Ärger einer solchen Mutter, die mit einem Kind zurecht kommen muss, das grundsätzlich nur trockenes Brötchen, Bratwurst und Pizza isst, von der es alles heruntergekratzt hat.

Wir als Erwachsene sind davon überzeugt, dass wir unsere Lebensmittel frei nach unserem Geschmack auswählen. Wenn einer von uns just jetzt zu einem Stück Schokolade greifen würde, wäre dieser oder diese davon überzeugt, ausschließlich dieses Stück Schokolade gewählt zu haben, weil er oder sie gerade Appetit darauf hat. Würden wir diese Person fragen, so würde sie zustimmen, dass sie es auch lassen könnte. Diese Person weiß aber nicht, dass ihr absinkender Serotoninspiegel

ihr den Kohlenhydrathunger signalisiert, der umso heftiger wird, je mehr wir versuchen würden oder er selbst versuchen würde, seinen freien Willen durchzusetzen, um auf dieses Stück Schokolade zu verzichten. Mit anderen Worten: Unser Körper gibt uns vor, was wir gerade brauchen. Marvin Harris (1995), ein Ethnologe, sah in einem Geschmacksmotiv **nicht** den Grund **ein bestimmtes** Lebensmittel zu wählen. Er sagte:

„Menschen essen nicht eine Speise, weil sie diese mögen.

Sie mögen diese Speise viel mehr, **weil** sie sie essen.“

Im Laufe unseres Lebens verändern wir unser Essverhalten gemäß entsprechender Motive. Kognitive Einflüsse steuern das spontane Essverhalten. Wenn dem tatsächlich so ist, so werden kognitive Informationen das Essverhalten auch nachhaltig verändern. Über diese Kognitionen aber verfügt ein kleines Kind noch nicht.

Zur Unterscheidung: Die Vielfalt der Motive

- **Geschmacksanspruch** (Erdbeeren mit Schlagsahne sind der höchste Genuss)
- **Hungergefühl** (ich habe einfach Hunger / ich muss das jetzt essen)
- **Ökonomische Bedingungen** (das gab es im Sonderangebot, also kaufe ich es)
- **Kulturelle Einflüsse** (es ist üblich, morgens Brötchen mit Kaffee zu sich zu nehmen)
- **Traditionelle Einflüsse** (Omas Plätzchen zu Weihnachten sind die besten)
- **Habituelle Bedingungen** (ich esse grundsätzlich Suppe vor der Hauptmahlzeit)
- **Emotionale Wirkung** (ein Stück Kuchen in der Stresssituation)

- **Soziale Gründe** (bei Fondue lässt es sich gut unterhalten)
- **Soziale Statusbedingung** (die Schulzes laden wir zu Hummer ein)
- **Angebotslage** (ich esse Mensa-Essen, weil es das gerade gibt)
- **Gesundheitsüberlegung** (Spinat soll gesund sein, also esse ich das)
- **Fitnessübung** (Müsli soll gut fürs Joggen sein)
- **Schönheitsansprüche** (ich halte Diät um schlank zu bleiben)
- **Verträglichkeit** (Grünkohl esse ich nicht, bekomme ich Bauchschmerzen davon)
- **Neugier** (mal sehen wie das schmeckt)
- **Angst vor Schaden** (ich esse das nicht, weil da Schadstoffe drin sind)
- **Pädagogische Gründe** (wenn du Schularbeiten machst, bekommst du ein Bonbon)
- **Krankheitserfordernisse** (Zucker darf ich nicht essen, wegen meines Diabetes)
- **Verträglichkeit** (Grünkohl esse ich nicht, bekomme ich Bauchschmerzen davon)
- **Pseudowissenschaftlich** (Trennkost zum Abnehmen) .

1. **Kinder** werden von solcherlei Motiven nicht geleitet, sondern erleben von der Säuglingszeit an die Befriedigung der oralen Lust. Folgen wir ANNA FREUD, so beschreibt sie, dass von Beginn der Saugperiode an das Kind zwei Arten von Befriedigung verspürt. Die eine aus der Sättigung, die andere aus der Reizung des Mundes, wobei der Mund die erste Körperzone ist, die das Kind Befriedigung verspüren lässt. Daumenlutschen gilt gemeinhin als Zeichen, dass ein Säugling hungrig sei und in Ermangelung der gewünschten Befriedigung sich mit einem Ersatz behilft. Das mag zutreffen. Oft aber wird das Lutschen um seiner Selbstwillen betrieben, als eine echte und selbständige Form oralen, sexuellen Lustgewinns. Der Essvorgang hat für ein junges Kind eine weitere Bedeutung, dahingehend, dass er schwerwiegende

Störungen verursachen kann. Mit dem Essen symbolisiert das Kind einen aggressiven Akt gegenüber der Nahrung, die auf diese Weise angegriffen und zerstört wird. Damit aber auch gegenüber der durch die Nahrung vertretene Person.

Die Mutter jedes Kleinkindes macht eine Phase durch, in der das **Beißen** als der wichtigste Ausdruck seiner Aggression gegen die Außenwelt in den Vordergrund rückt. Wenn diese **oralen Phantasien** verdrängt werden, entwickeln Kinder streckenweise **Esshemmungen** und weigern sich zu beißen, zu kauen oder das Essen zu schlucken. Diese Schwierigkeiten verlieren sich dann, wenn die frühen oralen Strebungen überwunden und unter Kontrolle gebracht sind, d. h. wenn der

Übergang in die Analität

eingeläutet ist. Wenn dieser Fortschritt, d. h. das

Überwinden der oralen Lustbefriedigung

nicht gelingt, d. h. wo die Verdrängung misslingt, bleibt die

Angst des Kindes vor seinen oralen Aggressionen

erhalten, was die

Esslust während der ganzen Kindheit

schädigen kann.

2. Viele Kinder sind außer Stande etwas zu essen, was sie an die Vernichtung eines Lebewesens ermahnt. Sie schauern zurück, wenn sie in der Nahrung das Körperteil eines Tieres erkennen (z. B. das Hühnerbein). Sie erinnern sich mit nachlassendem Grauen an die Entdeckung eines halb ausgebrüteten Kükens in einem Ei und sie sind schockiert bei der Vorstellung, ein Tier zu essen, dass sie

lebend gekannt haben. Einige von ihnen nehmen, um diesem Konflikt auszuweichen, ihre Zuflucht ins **Vegetarier**tum. In Einzelfällen kann eine Esshemmung dieser Art zum Verhungern führen.

3. Die **analen Strebungen** üben ebenfalls einen Einfluss auf das Essen aus:

Alle Kleinstkinder von 1 bis 2 Jahren haben eine besondere Lust daran, mit dem Essen zu spielen, zu schmieren, es anzufassen oder eine Wurst, z. B. eine Fleischwurst auseinanderzuziehen und wieder zusammenzufügen. Es handelt sich hierbei um ein **absichtsvolles** Spiel und die Finger und Hände können zielstrebig und gewandt damit umgehen. Das Schmieren mit Essen unterscheidet sich nicht von dem Schmieren mit Exkrementen, dem alle Kleinkinder frönen oder gerne frönen würden, wenn sie Gelegenheit dazu hätten. Wenn die **Reinlichkeitserziehung** **aber wirksam** wird, verändern die Kinder ihr diesbezügliches Verhalten: Anstatt zu schmieren und in Schmutz zu schwelgen, fühlen sie sich mit einigen Berührungen sehr gestört. Sie mögen es nicht, wenn die Finger schmutzig oder klebrig sind und streben an, die Hände zu reinigen. Das vorherige Vergnügen des Schmierens wird zu Objekten des Ekels.

4. Jedes Kind durchläuft eine Phase, bei der **Angst und Ekel vor Schmutz** überbetont sind. Für die Ernährung hat dies unliebsame Folgen, da der Ekel auf besondere Gerichte übergreift, die das Kind durch Aussehen, Tastqualität oder Geruch an Ausscheidungsstoffe erinnern. In dieser Periode lehnen viele Kinder alle weichen oder breiigen Speisen ab; viele verabscheuen braune oder grüne Speisen; einige erwerben die Vorliebe für trockenes Essen ohne irgendeine Art von Sauce. Diese Idiographien kulminieren **zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr** (ANNA FREUD).

5. **Essstörungen** dieser Art sind folglich **nicht** die Folge einer Regelung der Ernährungssituation, sondern müssen als ein **Nebenprodukt der Reinlichkeitserziehung gesehen werden**. Wo die Reinlichkeitserziehung verfrüht oder mit Gewalt durchgeführt wird, ist die Rückwirkung auf das Essen umso stärker; wo das Kind mehr Zeit bekommt, um sauber zu werden, bleiben schmutzige Tischsitten länger erhalten, aber das Essen wird weniger unter den Folgen analer Verdrängungen zu leiden haben. Lässt man einem kleinen Kind noch die Möglichkeit zu schmieren oder mit dem Essen zu **experimentieren**, so bleibt die **Freude** an der Manipulation der Nahrung erhalten und damit ein Interesse und eine Lust am Essen. Kindern, denen man dieses zugesteht, erwerben nicht so früh wie andere gute Tischmanieren, aber dieser Prozess bleibt zweifellos ohne die Einbuße an Appetit bezahlt.
6. Verändert sich ein Kind nach dieser **analbetonten** Phase in die **infantile** Sexualentwicklung (ca. zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr), so hat dies ebenfalls einen Einfluss auf das Essen. Alle Kinder versuchen das Geschlechtsleben ihrer Eltern zu beobachten und zu begreifen. Viele Kinder haben die Vorstellung, dass die nächtlichen Ereignisse zwischen den Eltern etwas mit dem Mund zu tun haben. Einige Kinder meinen, dass Kinder erzeugt werden, indem der Vater die Mama mit einem bestimmten Stoff füttert. Dies ist eine der Phantasien – zeitbedingt führe ich weitere Phantasien nicht aus. Derartige Phantasien aber erzeugen bei einer Reihe von Kindern erhebliche Esshemmungen. Einige dieser Kinder verweigern die Nahrungsaufnahme, um nicht „dick zu werden“. Viele Kinder grausen sich vor dicken Menschen, die in ihren Augen die Mutter während der Schwangerschaft repräsentieren. Andere entwickeln die Idee, dass sie durch

Essen vergiftet werden. Manche Kinder haben die gewöhnliche Zusicherung von den Eltern erhalten, dass durch tüchtiges Essen sie „groß und stark“ werden können, was in der Regel zu einer gegenteiligen Wirkung führt. Sie wollen aus Schuldgefühlen gegenüber den Eltern „klein bleiben“, um somit einer Vielfalt imaginärer Gefahren zu gehen. Darunter zählt auch die Todesgefahr. Diese Kinder weisen ihre Mahlzeiten zurück und setzen ihre Gesundheit somit aufs Spiel. Diese **Esshemmungen treten spontan zurück** wenn auch diese Phantasien in den Hintergrund treten und durch andere überlagert werden. **Bleiben sie aber bestehen, ist die Angst vor dem Essen geschürt.**

Es kommt zur Bildung von Geschmackspräferenzen:

Geschmackspräferenzen entstehen durch **erfahrungsbedingte Gewohnheitsbildung** (Mere-Exposure-Effekt) (PUDEL). Diese werden erlernt durch Beobachten der Eltern als Modelle. Das Mögen ist weniger eine kognitive Bewertung eines sensorischen Eindrucks, sondern vielmehr das Resultat einer Gewöhnung an einen zunehmend vertrauteren Geschmackseindruck.

Bei **Neugeborenen** in unserer Welt ist die spontane **Präferenz für Flüssigkeiten** am höchsten. In einer Studie von **DAVIS** zeigte sich schon 1928, nachdem man abgestillten Babys über Monate lang ihre Nahrung selbst zusammenstellen ließ, dass diese Kleinstkinder spontan über einen langen Zeitraum immer die gleichen Lebensmittel bevorzugten, um dann abrupt ihre **Präferenz** zu ändern und ein anderes Lebensmittel zu bevorzugen. Dieser **plötzliche Wandel** wird als **spezifisch-sensorische Sättigung** bezeichnet.

Geschmackspräferenzen entstehen auf der einen Seite durch

spezifische sensorische Sättigung

und auf der anderen Seite durch

erfahrungsbedingte Gewohnheitsbildung.

Bei dem Mere-Exposure-Effekt, also der **erfahrungsbedingten Gewohnheitsbildung**, handelt es sich um eine **Etablierung einer besonderen Geschmackspräferenz durch Wiederholung**. Bei der spezifisch sensorischen Sättigung kommt es zu einer *Abschwächung* der Geschmackspräferenz durch ständige Wiederholung, so wie ich es beschrieben habe, die Studie von DAVIS benennend.

Uns allen ist bekannt, dass ein **Leibgericht** erst dann als Leibgericht stabilisiert wird, wenn es nicht so häufig verzehrt wird. Die spezifisch sensorische Sättigung kann also als sinnvolle Regulation angesehen werden, um einen gewissen abwechslungsreichen Essensplan in der Nahrungswahl sicherzustellen.

Die Präferenz für eine Speise wird also **langfristig** durch die **erfahrungsbedingte Gewohnheitsbildung** gefestigt, aber kurzfristig durch die spezifisch sensorische Sättigung gemindert.

Mütter, die aus einer bewussten Vorsorge für eine gesunde Ernährung ihren Kindern die besondere Liebesspeise vorenthalten wollen, verhindern die Wirkung der spezifisch sensorischen Sättigung und tragen damit genau zur *entgegen gesetzten* Strategie - nämlich der Verknappung - ungewollt bei, was zu einer *gesteigerten* Präferenz führt und somit zu erfahrungsbedingten *Gewohnheitsbildung*.

Dieses **Phänomen der Präferenzhöhung** durch Verknappung kennen wir alle, denken wir doch an **Austern, Spargel, Lachs und Kaviar**. Das mögen wir alle sehr gern, weil es das so selten gibt. Seitdem wir aber zu Weihnachten Erdbeeren und Spargel essen können und auch Räucherlachs keine sparsam einzunehmende Leckerei ist, wird sie schon nicht mehr so interessant und es sinkt die Präferenz erheblich.

Kindliche Essstörungen ergeben sich bereits beim Stillen. Es kann psychische Hindernisse in Form der Einstellung der Mutter zum Stillen geben, die eine Störung bedingt, des Weiteren die Spärlichkeit der Milchsekretion oder die Form der Brustwarzen. Auch der Säugling kann seinerseits körperliche Schwierigkeiten mitbringen, die zu einer Ambivalenz der Mutter führen. Hieraus entwickelt sich dann die nächste Störung im Rahmen der Nahrungsverweigerung nach dem Abstillen. Wenn die Entziehung von der Brust oder der Flasche nicht abrupt geschieht, sondern **schrittweise**, so kann sich das Kind oft leichter auf die neue Form von Nahrung einstellen. Auf der anderen Seite führt jede **abrupte Beendigung** zu einem Trauma und es kommt zu einer **negativen Einstellung der Nahrungsaufnahme**, zur Ablehnung ungewohnter Speisen und somit zur Herabsetzung der oralen Lustgefühle. Gelegentlich ist die Wirkung aber eine **umgekehrte**: Kinder, die zu plötzlich abgestillt worden sind, bleiben **für ihr weiteres Leben hungrig und gierig**. Das Essen wird aber zum Kampfplatz, auf dem die Ambivalenz des Kindes der Mutter gegenüber ihren Ausdruck finden kann. Solche Kämpfe mit der Mutter drehen sich dann darum, *was* gegessen werden soll, *wie viel* gegessen werden soll, *auf welche Art* gegessen wird (stillsitzen, herumlaufen, Tischmanieren usw.).
Später dann, und ohne dieselbe Beziehung zum Objekt, erscheint der Ekel vor gewissen Speisen, der aus der Reinlichkeitserziehung - das erwähnte ich eingangs -

entsteht. Je **ausgebreiteter** die **kindlichen Essstörungen** sind, umso gründlicher wird auch der Boden für die **neurotischen Magen- und Darmstörungen** des Erwachsenenlebens vorbereitet.

Eine **Fallvignette** soll diesen Kampf des Kindes mit seiner Mutter verdeutlichen:

Lukas, 5 Jahre alt, ein Zwilling. Seine Schwester aß alles, während Lukas nur trockene Brötchen, Bratwurst und Pizza aß, von der alles heruntergekratzt war. Der ältere Bruder (10 Jahre alt) war in seinen Essgewohnheiten ebenfalls unauffällig.

Die Kindsmutter beklagte, dass das Kind noch nie in seinem Leben Gemüse gegessen habe und noch nie ein Stück Obst zu sich genommen habe. Die **Anamnese** betrachtend konnte in Erfahrung gebracht werden, dass die Zwillingsschwester 6 Monate voll gestillt wurde, während unser Lukas schon nach kurzer Zeit die **Mutterbrust ablehnte** und ihm dann die Flasche gereicht wurde.

Mit Beginn der Sauberkeitserziehung kam es zur Abgewöhnung der Flasche bei der Schwester, die wohl auch keinen größeren Bedarf mehr bei sich sah, während die Kindsmutter ihre Mühe hatte, Lukas von der Flasche zu entwöhnen. Dieser forderte sein Fläschchen morgens, mittags und abends ein, selbst noch im Alter von 3 Jahren. Die Kindsmutter beließ es bei dieser Form, aus Angst, dass ihr Kind, wenn es denn der Flasche entwöhnt sei, überhaupt nichts mehr zu sich nehmen würde. Sie begründete dies aus der Erfahrung, dass das Kind die Brustnahrung verweigert habe.

Als es zum festen Essen kommen sollte, gab es keinerlei Schwierigkeiten bei der Zwillingsschwester, während sich unser Lukas ausgesprochen schwer tat, überhaupt feste Nahrung zu sich zu nehmen. Mühevoll gelang es dann auf die Bratwurst umzusteigen, die leicht zu verabreichen war, da krümelig und es wenig zu kauen

gab. Die Kindsmutter hielt dies bei, um – aus ihrer Sicht – der Gefahr zu entgehen, dass das Kind weiterhin nichts essen würde, wenn sie es ihm verbieten würde.

So entwickelte sich nach und nach auch die Vorliebe für das trockene Brötchen und die Vorlieben für die Pizza. Man stellte den gesamten Essensplan dahingehend um, dass es zwar für die Familie verschiedenes und abwechslungsreiches Essen gab, unser Lukas aber - wenn er von dem Angebotenen nichts essen mochte – ohne weiteres in den Brotkasten greifen und sich ein Brötchen herausholen durfte. Hier mag demonstriert werden, dass es zum einen **zu einer ungewollten Unterbrechung des Stillens** kam aus der vermeintlichen Angst der Kindsmutter, dass das Kind nicht genügend zu essen hätte, später dann, als das Kind gelernt hatte, sich mit seinen Wünschen durchzusetzen, ist es dann **zur Umkehr der Erziehung** gekommen. Lukas **erzog mittlerweile seine Mutter** und bestimmte was er aß.

Interventionen wie das Experimentieren mit verschiedenen Essensmöglichkeiten griff unsere Kindsmutter so unglücklich auf, dass es zum Scheitern verurteilt war:

Den älteren Sohn, der während dieser Intervention außerhalb des Raumes war und später wieder hinzugebeten wurde, weihte die Kindsmutter mit den Vorstellungen der Untersucherin und Therapeutin ein. Sie hob den älteren Bruder auf die partnerschaftliche Ebene, diskutierte mit ihm aus, ob es sinnvoll sei, den Vorkehrungen der Therapeutin zu folgen oder nicht. Wahrscheinlich hat diese Mutter auch jetzt noch ihre Probleme mit dem Jungen, der mittlerweile 10 Jahre alt sein dürfte.

Ein anderes Beispiel:

Anna-Lena hatte besondere Vorlieben für besondere Speisen, die überwiegend vegetarisch waren. Das Besondere an dieser Speisenzubereitung war, dass, wenn es etwas mit Sauce gab, diese immer durch ein Sieb gestrichen werden musste. Sie beteuerte, Angst zu haben, dicker zu werden, wenn sie die Sauce in dieser Form aß, wenn sie nicht durch das Sieb gestrichen war. Selbst wenn die Kindsmutter vor den Augen ihrer Tochter die Sauce durch einen Sieb gegossen hatte, um damit irgendwelche Klümpchen zu vermeiden, musste Anna-Lena die gleiche Aktion am Esstisch noch einmal durchführen. Neben diesem zwanghaft anmutenden Verhalten gab es eine besondere Nahrungspräferenz für bestimmte Gemüsesorten und Obst. Die Kindsmutter war, anamnestisch gesehen, ausgesprochen vorsichtig und immer bemüht, Anna-Lena sämtliche Wünsche von den Augen abzulesen, in Sorge, dass das Kind sonst verhungern würde. Die Störung entwickelte sich, nachdem der Kindsvater wegen Magenkrebs operiert werden musste und nur noch kleinere Speisemengen zu sich nehmen konnte. Die Beziehung des Mädchens zu seiner Mutter war eher gespannt, die zum Vater sehr zugewandt. Während der jüngere Bruder regelmäßig zwischen den Eltern schlief, lehnte Anna-Lena dies ab. Sie mochte nur im elterlichen Bett schlafen, wenn sie dort **allein mit ihrem Vater war**.

Ihre Vorstellung, größere Klümpchen aus der Sauce essen zu müssen, war extrem **angstbesetzt**. **Analytisch betrachtet** kann sicher von einer Identifizierung mit dem Vater gesprochen werden, betrachtet man den Beginn der Störung und hält man sich vor Augen, dass das Schlafen im Elternbett nur als schön empfunden wird und dem nachgekommen wird, wenn der Vater allein im Bett war.

Das Kind hat - *psychoanalytisch gesehen* - die Kindsmutter verdrängt, sich auf der partnerschaftlichen Ebene des Vaters wieder eingefunden, um gleichzeitig Angst

davor zu haben, von ihm schwanger zu werden, äußerte sie doch eingangs – wie erwähnt – dass sie beim Verzehr verdickter Klumpen in der Sauce Angst hätte, dicker zu werden.

Therapeutisch gelingt es nur, die Angst zu minimieren und sie **psychoanalytisch** aufzulösen.

Abschließend eine Fallvignette über einen 10jährigen Jungen, der bei seiner Tante lebt. Bei der Tante fühlt er sich ausgesprochen geborgen. Die Kindseltern sind drogenabhängig und der Junge hat zweimal während des Besuchs bei den Eltern (die er im übrigen seit wenigstens 2 Jahren nicht mehr besucht) heftige Drogenekapaden des Vaters erlebt und die Folgen nach Einnahme von suchtspezifischen Substanzen. Der Junge schilderte zu einem späteren Zeitpunkt, dass der leibliche Vater dann über dem Drogenkonsum eingeschlafen war, plötzlich aufgeschreckt sei und genuschelt habe, dass er Herzschmerzen habe, Bauchweh und Schwindel. Von dann an aß der Junge nur noch einen bestimmten Joghurt, Brot mit Käse und Erbsen. Er schilderte, oft Lust darauf zu haben, auch mal etwas anderes zu essen. Er schilderte aber auch **seine Angst davor, zu sterben**, wenn er bestimmte Nahrungsmittel zu sich nehmen würde. **Analytisch** betrachtet erlebte sich das Kind als nicht gewollt vom Vater, gleichwohl Kind seines Vaters und damit blutsverwandt und durchaus gefährdet, Schwindel, Herzschmerzen und andere Störungen zu bekommen, wenn man bestimmte Dinge zu sich nahm, nicht wissend, dass der Vater Suchtstoffe ingestierte. Der Bericht war dermaßen angstbesetzt, dass eine dringende Empfehlung der Auflösung dieser Störung notwendig war. Ich war zum damaligen Zeitpunkt nur gutachterlich tätig.

Selektives Essverhalten bei Kindern rührt oft aus der Angst der Eltern, dass sie sich falsch, ungesund oder nicht in unsere Gesellschaft passend ernähren würden. Oft genug werden diese Kinder in Essensweisen und Verhaltensweisen hineingedrängt, die ihren Bedürfnissen als Säuglingen und Kleinstkindern nicht gerecht werden.

Die ersten Störungen führen zur Kränkung der Mutter, die entweder diese Kränkung aushält, aber ambivalent im Umgang mit ihrem Kind wird. Aus völlig normalen Geschmackspräferenzen, die sich in beruhigter Beziehung ohne weiteres wieder auflösen, können sich Geschmackspräferenzen entwickeln, die die Angst beim Kind minimieren auf der einen Seite (letzter Fall 3) und auf der anderen Seite die Macht des Kindes über die Mutter darstellt. In wiederum anderen Fällen kommt es zur heftigen Identifikation mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil. In der Regel aber sind es **kindliche Ängste**, die dazu führen, dass Kinder Präferenzen für das Essen beibehalten. Alle anderen Motive, *warum* sie *wie* essen, können erst im Laufe des Lebens entwickelt werden.

Bei der **Interpretation der Geschmackspräferenzen** bei Kindern müssen wir uns als Erwachsene zurücknehmen, denn diese werden erst im Laufe der Jahre durch aktives Imitieren durch uns erlangt. So zum Beispiel – Sie erinnern meine Darstellung bezüglich der kulturellen Einflüsse, nämlich morgens nur mit Brötchen und Kaffee den Tag zu beginnen, oder aber als emotionale Wirkung ein Stück Kuchen zum Stressabbau zu nutzen. Magische Zuweisungen finden sich auch erst im Erwachsenenalter, wie z. B. das Sellerieessen, um der Potenz genüge zu tun.

In der Hoffnung, somit Ihnen nicht den Appetit für das kommende Mittagessen verdorben zu haben, bedanke mich dafür, dass Sie mir zugehört haben.

Dr. Monika Herma-Boeters