

Frühkindliche Essstörungen

Bad Segeberg 23.6.210



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz



Ziel meines Vortrags



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

- Wecken einer neuen Perspektive für die Themen: Normalität, Störung, Essen & Ernährung
- Vorstellen einer etwas „anderen“ Philosophie
- Brückenschlag zwischen Intensiv-Neonatologie und der frühen Kindheit über die Ess-Entwicklung
- Erkennen, dass z.B. dieses Kind sicherlich keine Nasen-Magen-Sonde haben sollte oder müsste!



Was heißt E.A.T.?



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz



1. **E.A.T. = Early Autonomy Training**
2. **Mundbereich: die Autonomiezentrale**
3. **Stärkung der Eltern-Kind Interaktion**
4. **Stärkung/Erhalt der Paarebene**
5. **Hilfe zur Lösung vom Helfersystem**
6. **Kenntnis der normalen Entwicklung**
7. **Unterschiede beim Frühgeborenen**
8. **Häufige Ess-“störungen“**
9. **Grazer Sondenentwöhnungsmodell**

Entwicklung des EAT-Konzeptes



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

Pädiatrische
Psychosomatik

Psychotherapie

Multiprofessionelles Team

Erfahrung mit
frühkindlichen &
adoleszenten
Essstörungen

Non-direktive Spieltherapie

Fokus auf Mutter-Kind-
Interaktionsstörungen

Spezialisierung auf
frühkindliche
Essstörungen nach
Intensivtherapie

Spiele-essen

**Grazer Modell →
Intensivtherapie in
standardisierten
3-Wochen Kursen**



nature-nurture: ein Wechselspiel



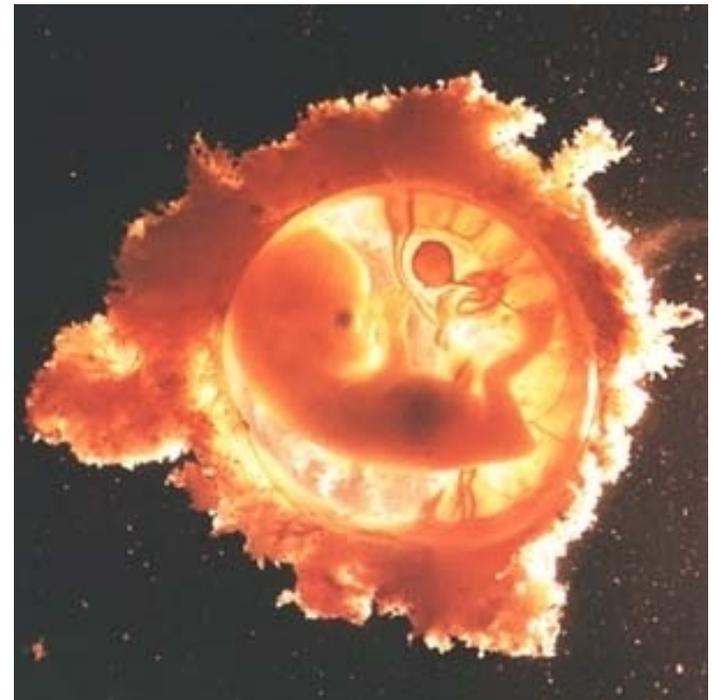
Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

Das Kind wächst in einem versorgenden Innenraum heran, und erfährt die zwei biologischen Grundrhythmen der Mutter-welt:

- 1. Tag-Nachtwechsel → Wach-Schlaf-Zyklus
- 2. Hunger-Sättigungszyklus

Es ist dabei aktiver Partizipant und erlernt Saugen, Schlucken und ein anregendes Wechselspiel von Bewegung und Ruhephasen



Die Ernährung eines Baby's bedeutet immer interaktive Abhängigkeit



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

Warning! CopyRight Codes Inside,IntoFineArt.com



Die Mutter ist oft sehr eng verwickelt, der Vater ist jedoch auch meist unverzichtbar

Essverhalten und Beziehungskontext



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

- Das **Erlernen von Trinken und Essen** erfolgt also nach einem genetisch definierten Programm.
- Es geschieht im Beziehungskontext eines die Nahrung zur Verfügung stellenden Umfeldes
- **Essverweigerung** ist immer eine **Antwort** auf ein Überangebot, drängende und übergriffige Interaktion und übermäßiges Kontroll-bedürfnis (Unsicherheit, Angst) des Erwachsenen, der die Autonomie des Kindes unabsichtlich bremst >> Verweigerung
- **Essverweigerung** muss/kann jedoch immer auch als eine **intelligente Entwicklungs-leistung** des Kindes auf subjektiv unförderliche Fütterungs-umstände interpretiert werden

Der Standard-Konflikt: Kontrollbedürfnis des Erwachsenen versus Autonomiebedürfnis des Kindes



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

- Erwachsene wollen die Vorgaben machen, das Kind hat aber seine eigene Vorstellungen!

- Mehr Druck und Erwartung macht mehr Widerstand > die gefürchtete „rien ne va plus“ **Situation!**

- Weniger Druck → Motivation steigt, Interesse und Hunger steigen: Rücklauf des Teufelskreis



Essen lernen geht also gar nicht ohne Interaktion!



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

Lernen geschieht auch bei Tieren durch ein angeborenes Programm und **Aktivierung der Spiegelneuronen durch Beobachtung Anderer**. Dadurch wird das motorische Modell, aber auch der dazuvermittelte Affekt übernommen.

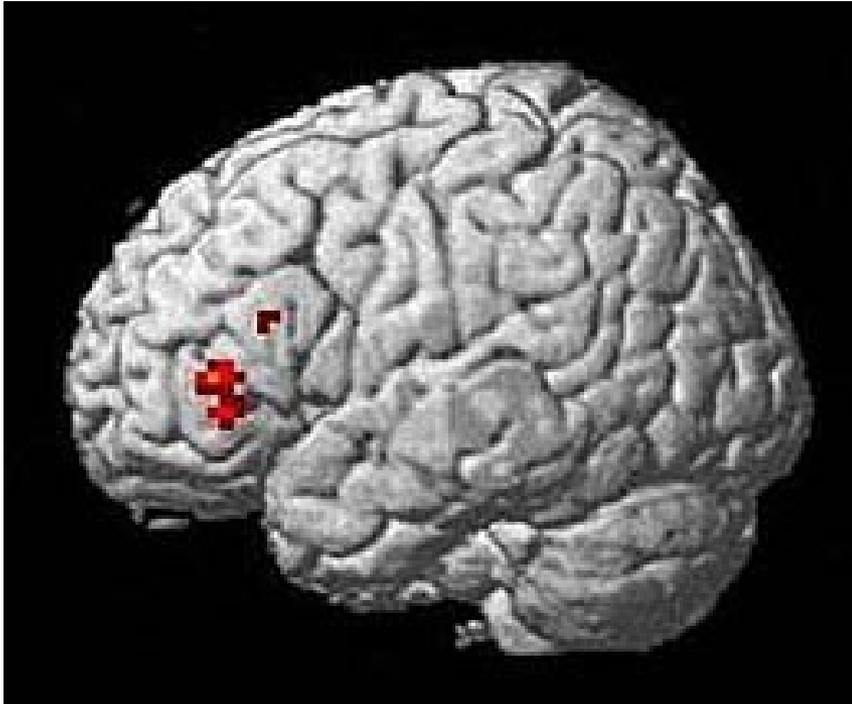


Die Entdeckung der Spiegelneuronen revolutionierte die Verhaltensforschung



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz



In der rot gekennzeichneten Region lassen sich Spiegelneuronen lokalisieren, die für die abstrakte Repräsentation von Handlungen zuständig sind.

Das „**empathische Gehirn**“ lernt von Anderen v.a. durch Beobachtung

- Motorische und sensorische Inputs lösen affektive Verschaltungen aus
- Kortikale Verbindungen zwischen Limbischen System und Mandelkern
- **Essen und sich selbst ernähren zu lernen wird also durch ein angeborenes Verhaltensrepertoire exprimiert und dann im kulturellen Kontext erweitert.** (1992, Gallese/Rizzolati)

Essen lernen geschieht also – **wenn sie nicht behindert wird*** - von selbst



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

- Selber können ab Geburt
- **Alleine wollen ab 5.-7.LM**
- Die Motivation kommt vom Kind selbst und von alleine
- **Externe Vorgaben, Druck & Erwartungen beeinflussen und bremsen das Kind**
- Kindlicher Widerstand ist immer ein wichtiges Signal!
- *** Iatrogene Einmischung ist leider das Haupthindernis!**



Nun ist das aber Kind krank! Was passiert?



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

Kranke Kinder stellen jede Mutter, jede Bindungs- und Pflegeperson, schicht- und kulturunabhängig, vor die Herausforderung, ihrem Kind Nahrung anzubieten, obschon es keine will oder keine verträgt. Säuglinge und Kleinkinder sind darüber nicht mittels Logik oder Vernunft zugänglich! Diese Grundkonstellation ist ein Konflikt, der rasch existenziell werden kann!



Der Vater wird bei der Entwicklung einer Störung an den Rand gedrängt

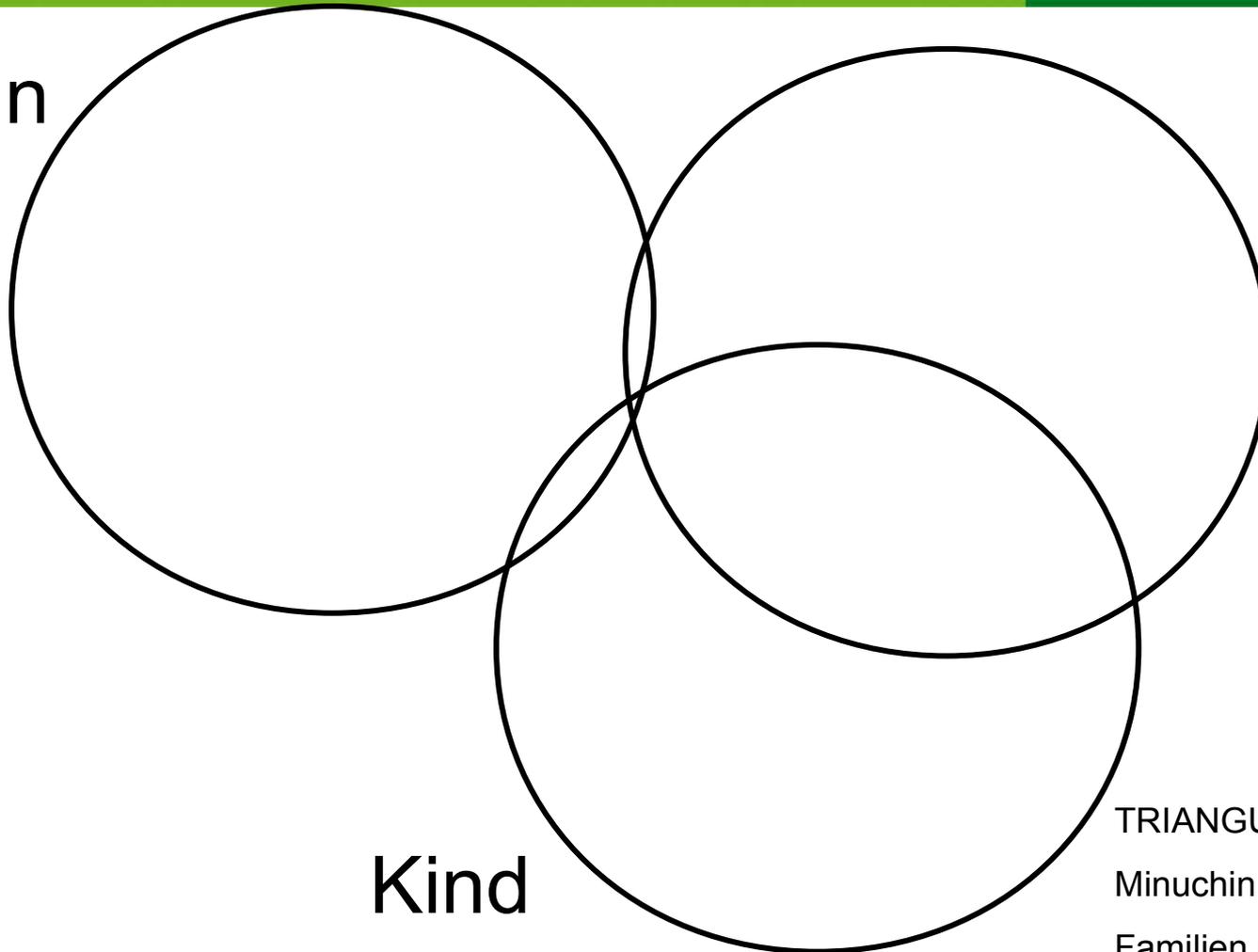


Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

Mann

Frau



Kind

TRIANGULATION III

Minuchin, S. (1977):

Familien und Familientherapie

Freiburg: Lambertus

Ab 1989: Entwicklung eines Modells für ehem. schwerst kranke und/od extrem fg Kinder



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz



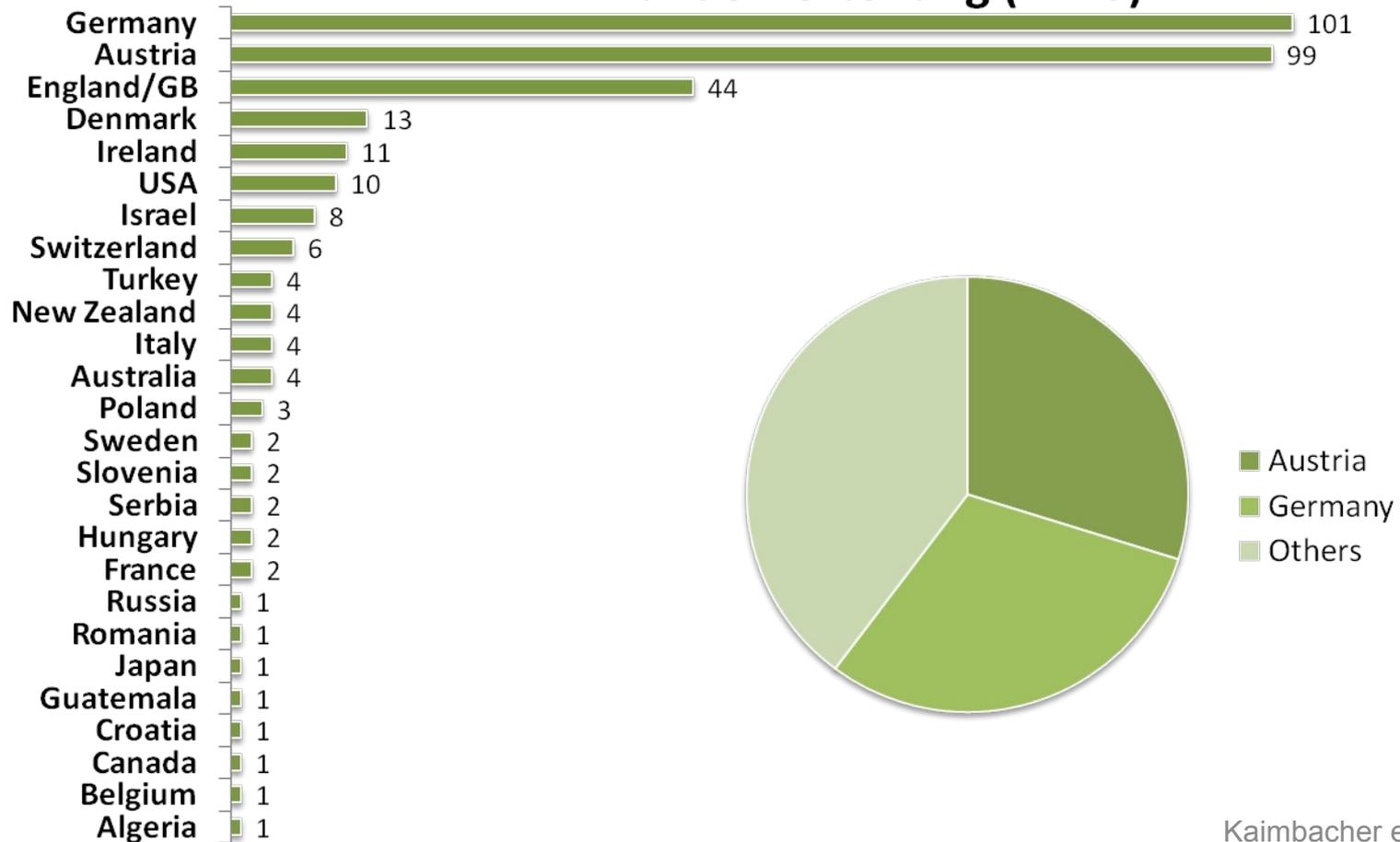
- Heute: Standardisierte interdisziplinäre ambulante & stationäre Sondenentwöhnung
- InterNETberatung (n~60/J)
- ~40+80 Patienten/Jahr in Graz im spezifischen Intensivprogramm



Medizinische Universität Graz

Was wird aus den Kindern nach Sondenentwöhnung?

Länderverteilung (n=26)



Als Kinderfacharzt/ärztin hat man bei den Eltern doch meist einen ganz guten Start!



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

Time	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
8 – 9	Ward round (daily)						
9 – 10	PhT	OT	SLP	PhT	SLP	Free for family activities	
10 – 11		PhT		Staff-Conference			
11 – 12	SLP		OT		PhT		
12 – 1	Play picnic (daily)						
1 – 2	Psy	Baby swimming	Baby swimming	PTDev	Nutr		
2 – 3	Ward round (daily)						
3 – 4	Nutr	PTP			OT		
evening	Family time						



Diagnostische Sub-Klassifikation

(n. ICD 10 & Chatoor, 89-2003, Dunitz et al. 93-2009 adapt.n. DC 0-3R)



Medical University of Graz

1. **Fütterungsprobleme bei Regulationsstörung (DC 0-3R 401)**
2. **Essverhaltensstörung bei Bindungsstörung (DC 0-3R 206)**
3. **Infantile Anorexia, Individuationsstörung +/- **Dystrophie****
4. **Neurosensorische Essverhaltensstörung +/- **Dysphagie****
5. **Post medical disorder food Aversion (ICD10 F 98.2)**
6. **Post-traumatische Ess-Fütterungsstörung (DC 0-3R 601)**
7. **Unspezifische Essverhaltensstörungen, **Picky Eaters****
8. ****Sondendependenz** bei/nach medizinischer Grunderkrankung**

Der High-Tech Medizin induzierte Teufelskreis:

nicht dürfen > nicht können > nicht lernen > nicht wollen

Diagnostisch betrachten wir dabei:



Medical University of Graz

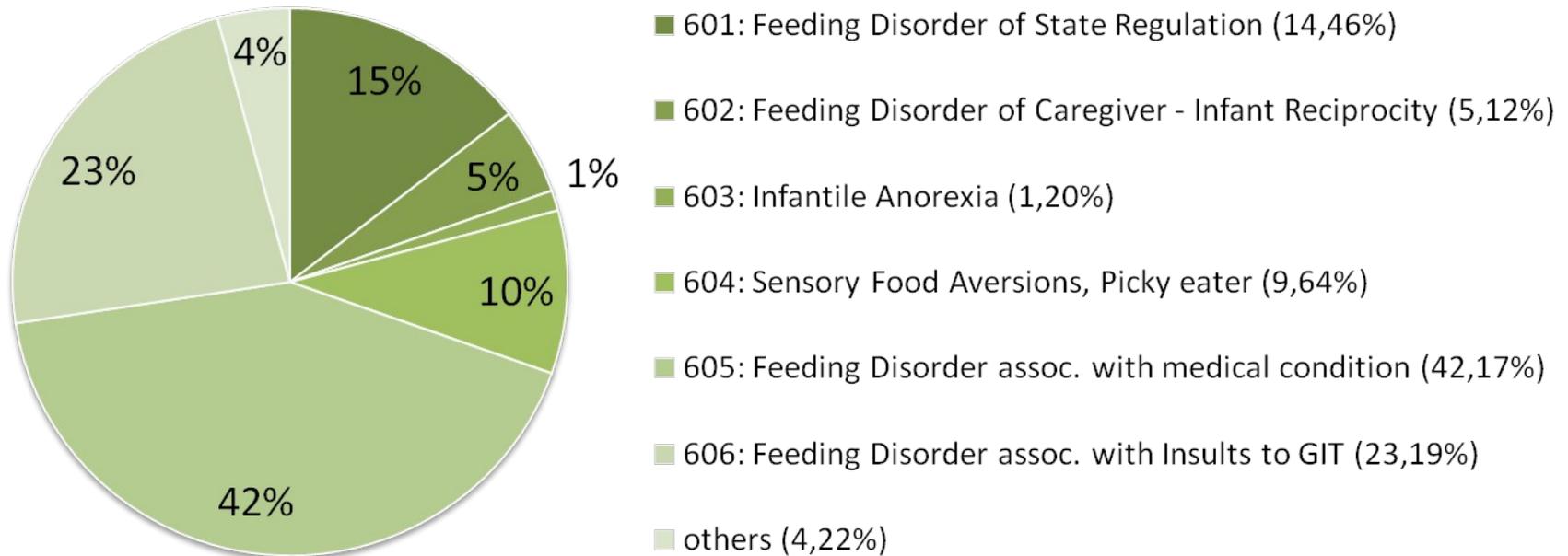
- **Individuelle Faktoren:**
 - Genetik, Disposition, Grunderkrankung
 - Persönlichkeit, Hunger-Sättigungsbiozyklus
 - Mitbeeinflussung durch Medikamente
- **Interaktive Faktoren:**
 - **Input-Output Variablen: quantitativ > Somatik**
 - **Dependenz-Autonomie: qualitativ > Psychologie**
- **Systemische Faktoren:**
 - Wir im Spital als beeinflussendes System!
 - Historische Erstmaligkeit, Familiensystem
 - Genderthematik, Rollenbilder, Kultur



Medizinische Universität Graz

Was wird aus den Kindern nach Sondenernährung?

Kategorisierung von Fütterungsstörungen

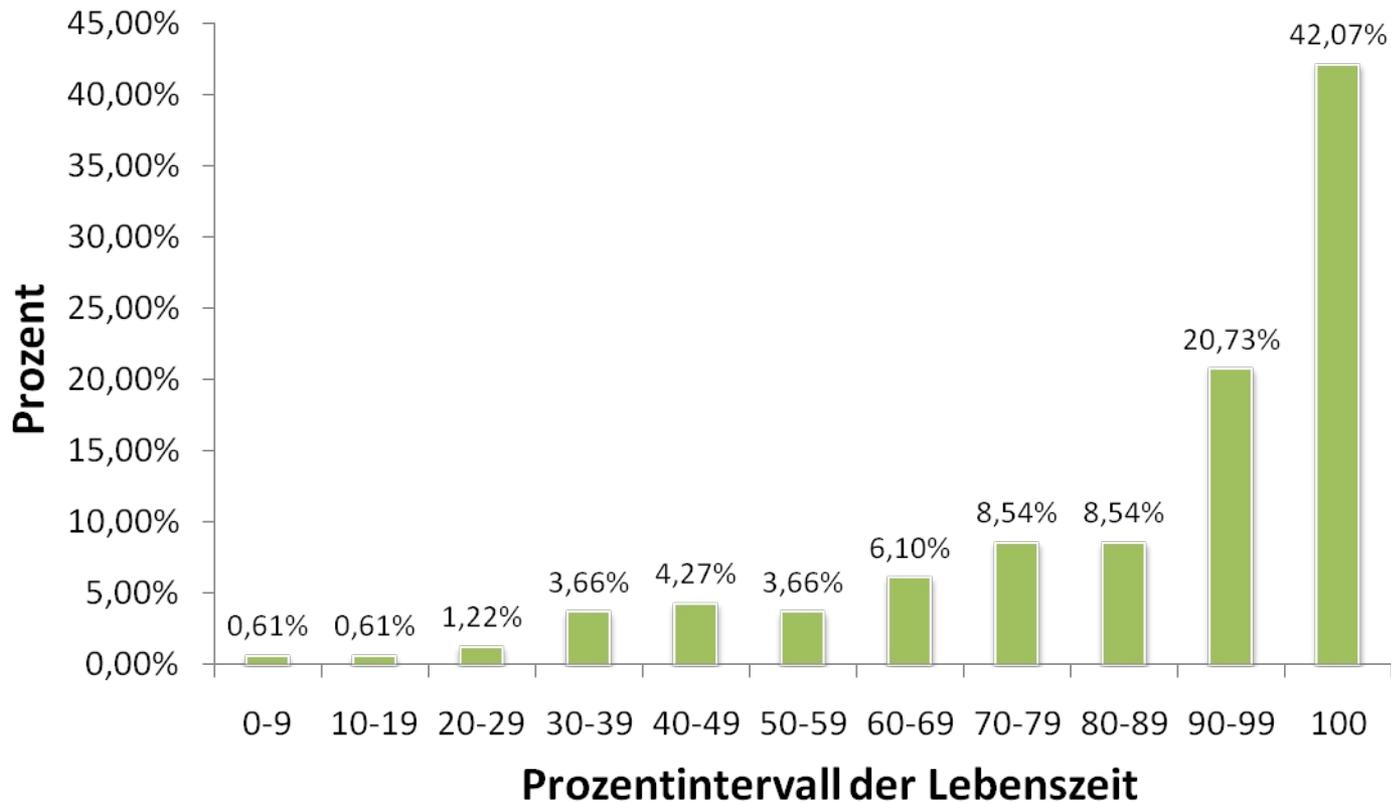




Medizinische Universität Graz

Was wird aus den Kindern nach Sondenernährung?

Sondendauer im Verhältnis zur Lebenszeit



Die Grundprinzipien der Sonden-entwöhnung



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

- Prüfung der Indikation
- Diagnostische Evaluation
- Rasche Reduktion der Sondierung (2-4 Tage) → **Hunger**
- Stopp der Sondierung macht misslaunig, matt, müde, dehydriert.
- Schaffung einer **Futterwelt!**
- Supervidierter (2-3x/24 Std)
Gewichtsverlust 5-10%
- **Intensivtherapie (Einzel/Gruppe) des Kindes mit 4-5 Std täglich**
- **Stützung der Eltern!**
- Ausreichenden Sicherheitsrahmen für das Kind zur Verfügung stellen
- Gewichtsstabilisierung
- Entlassung (n.2-3 Wochen)
- Nachsorge, Kontrollen
- Email-Coaching

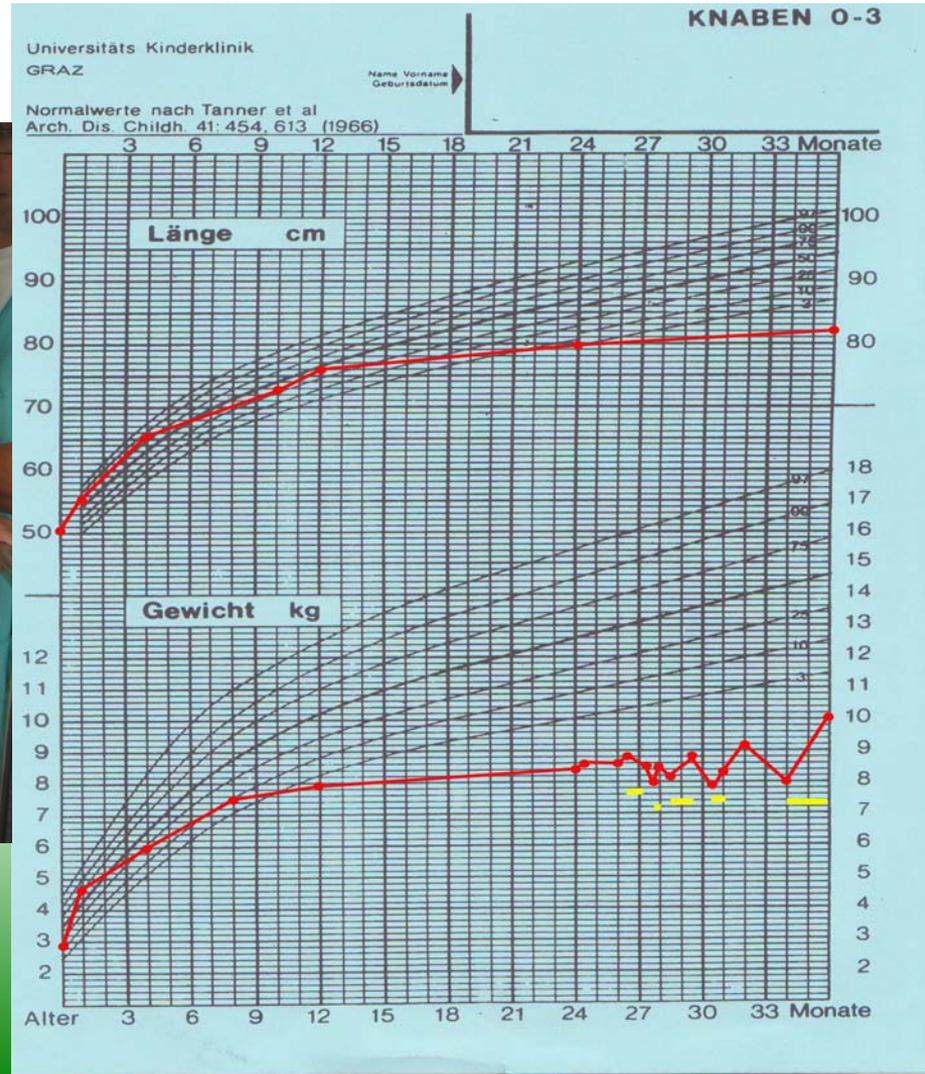


Die Perzentile: Realität und Mythos



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz





- **Ziel dieser Behandlungsform** ist es, Kindern in einer angenehmen Umgebung spielerisch neue Erfahrungen mit Essen zu ermöglichen. Das Berühren, Riechen und Spielen mit dem Essen selbst steht dabei im Vordergrund, nicht die eigentliche Nahrungsaufnahme.
- **Kein Essensangebot ohne kindliches Signal! Kein Druck oder Zwang, kein Machtkampf**, kein Locken, kein Überreden, kein Feilschen.
- **Weinen hat immer Vorrang**. Weinende Kinder sollen getröstet und beruhigt werden. **Schreiende Kinder sollten ebenfalls beruhigt werden**.
- **Kinder dürfen mit dem Essen alles machen** was sie wollen: spielen, werfen, hinein steigen, sich anschmieren um dadurch das Essen mit allen Sinnen wahrzunehmen (fühlen, riechen, tasten, schmecken). Während der Stunde soll das Kind deshalb **nicht abgewischt, oder gereinigt werden, auch nicht Naseputzen, kein Wischen oder Reinigen**.



- Erfolgreiche Entwöhnung bei 92%
- 81,4% wurden primär; 10,6% sekundär entwöhnt
- 8% der Kinder konnten nicht entwöhnt werden
- Dauer bis Entwöhnung: 8 Tage im Median (0-39)
- Therapiedauer durchschnittl. 21,3 Tage (2-52)
- Gewichtsverlust 4,32% des KG (0-14,25)
- Herz-Kinder am schnellsten entwöhnt, Kinder mit Stoffwechselproblemen am langsamsten

ZUSAMMENFASSUNG: Der Weg des Säuglings zum autonomen Esser



Medical University of Graz

- Wer Autonomie Prozesse begleiten will, muss die **wachsende Autonomie** mit **Begeisterung und Demut** aushalten und fördern! Sie reduziert und verhindert tendenziell jede sogenannte Struktur und schafft eine eigene, scheinbar chaotischere, jedoch letztlich gut lebbare **vorhersehbare, kreative, kindgerechte und Selbst-organisations-prozess-gesteuere Lebenswelt-** und Managementform. Eltern und Helferwelten lernen Kinder als vollwertige Menschen zu respektieren und von ihnen zu lernen, wie auch ihren/den Kindern ein Modell zu sein.

Stufe 1: Beim gesunden Neugeborenen



Medical University of Graz



- Brust solange, wie lustig
- Fläschchen, wenn gewollt
- Ruhe, bis es klappt
- Eigenrhythmus finden
- Auf gute Stimmung achten
- Paarebene stützen
- Haushalt zurückstecken
- Sind genug Unterstützungen angefordert worden?
- Z.b. die eigene Mutter = Großmutter kommen lassen

Stufe 2: gestützte Schräglage korrigiert 3.-5.LM



Medical University of Graz

- Gradueller, unstressiger Übergang von flüssig -> breiig mit Löffel
- Frontal sitzend (Vater?!)
- Liegeschale
- Dialogisches Füttern
- Flasche nur zu „inaktiven“ Tageszeiten, wenn müde
- Immer Füttern, während der Mahlzeit der Anderen



Stufe 3: Wenn das Kind schon sicher sitzen kann: Fingerfood!



Medical University of Graz



- Im Hochstuhl oder am Boden
- Keine/kleine Angebote
- Puppengeschirr, Fingerfood
- Beim Familientisch mit dabei sein
- Immer selbst Löffel geben
- Max 1-2 Fläschen/24Std
- Kein Angebot ohne kindl. Signal!
- Sofortiges Entfernen der Nahrung beim ersten Nein-Signal
- Essen nicht als Belohnung

Stufe 4: Wenn das Kind schon stehen & gehen kann



Medical University of Graz



Nicht helfen!

**Mahlzeitenkultur
ist entscheidend**

**Ein Kind das will,
kann fast immer**

**Ein gesundes
Kind will nie,
wenn es erwartet
oder gewollt wird**



Realität und Utopie



Medical University of Graz

Zwangsfütterungen --→
müssen aufhören, sie sind
übergriffig & kontraproduktiv!



← Picknick auf Intensivstation: Bedarf vieler Gespräche mit Ärzte- und Schwesternteams, Administration, Reinigungsteam, Therapeuten!

Auf dem Weg zum „Ess-freundlichen“ Kinderkrankenhaus



Medical University of Graz



- **Realität:** Nahrungsinhalt, Menge Fütterungsart berechnet Arzt/In
- **Wunsch:** Kein Sondieren aus Zeitdruck, Eltern im Alltag so konstant, so viel und so aktiv einbeziehen wie möglich!
- **Frühes non-nutritives Saugen ermöglichen:** es begünstigt das Erlernen der späteren nutritiven Saug-Schluckkoordination
- **Entwicklungsalters-gerechter Umgang mit Nahrung** auch im Krankenhaus als Modell für Kind und Eltern für die Zeit Zuhause



Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!
sowie meinem therapeutischen Team,
den vielen kleinen Lehrmeistern,
deren geduligen Eltern und unseren
wissenschaftlichen Mitarbeitern:



Gerhard Bachmaier
Hannes Beckenbach
Lisa Del Negro
Thomas Hofer
Petra Kaimbacher
Elisabeth Kratky
Michaela Tappauf
Liesl Thierrichter
Thomas Trabi