

# Ernährung & Essverhalten „unter der Lupe“ betrachtet



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

Nach einem Vortrag gehalten am 24.11.10,  
am Präventionskongress Graz

- Die Essentwicklung, ein Teil unserer Gesamtentwicklung
- Analyse beeinflussender Variablen
- Reflexion und Quantifizierung der Begriffe Störung+Essverweigerung
- Supplementernährungen
- Sondenernährung, -entwöhnung
- Was ist also nun gesund?!



# Die kindliche Essentwicklung beginnt schon intrauterin



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

Jedes Kind wächst in einem versorgenden Innenraum heran und erfährt die zwei biologischen Grundrhythmen der Mutter:

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

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

# Der soziale Kontext kann „zu eng“ oder „zu groß“ sein



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

**Essen**lernen geschieht durch ein **angeborenes** Programm + Aktivierung von **Spiegelneuronen** durch **Beobachtung** Anderer beim Essen!

- + Hunger → Motivation
- orale motorische Skills
- assoziierter Affekt
- ab 1. JJ: Self feeding skills

# Modern times - HighTech Medizin



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

- Verlust der Normalität beim Thema Nahrung
- Alles erscheint möglich, alles beeinflussbar
- Krankheit wird als grundsätzlich „lösbar“ definiert
- Die tägliche TV Medienlüge (anorektische Models bunkern angeblich glücklich verliebt Nudeln und Pizza!
- Der Verlust des Kochens in der Familie
- Esswerbung durch Nahrungsmittelkonzerne
- 1/5 der Menschheit ist auf Diät, 1/3 hungert

# Warum ist das so?



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

- Der Mensch ist durch die Evolution auf Hunger spezialisiert  
→ *Mit Überfluss haben wir erst seit 1-2 Generationen zu tun*
- Nahrungsideologie als Religionsersatz  
→ *Unerklärbares und Schuldgefühle werden aktiv kompensiert*
- Nahrung/Gewicht wird zum Disziplinierungs- und Leistungsthema
- Nahrung ist medizionalisiert, Ärzte beraten Eltern, machen Druck  
→ *„Mund“ und Ernährung wird zur Bühne eines Machtkampfes*

# Wer kommt nach Graz zur Behandlung?

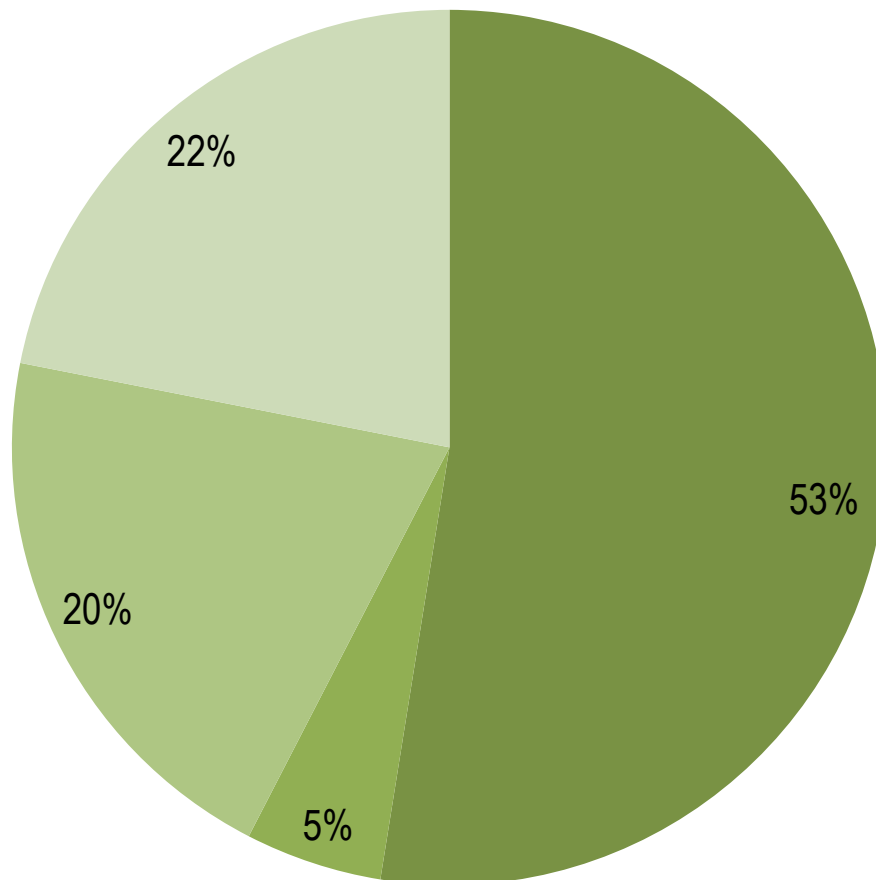
(Stationäre Aufnahmen in 2 Jahren: 1 neue Aufn. alle 2 Tage)



Marguerite Dunitz-Scheer  
& Petra Kaimbacher

Medical University of Graz

## Vorstellungsgründe 2008/09



- Sondendependenz
- Adipositas (BMI >30)
- Anorexia nervosa (BMI <17,5)
- Andere Essverhaltensstörungen

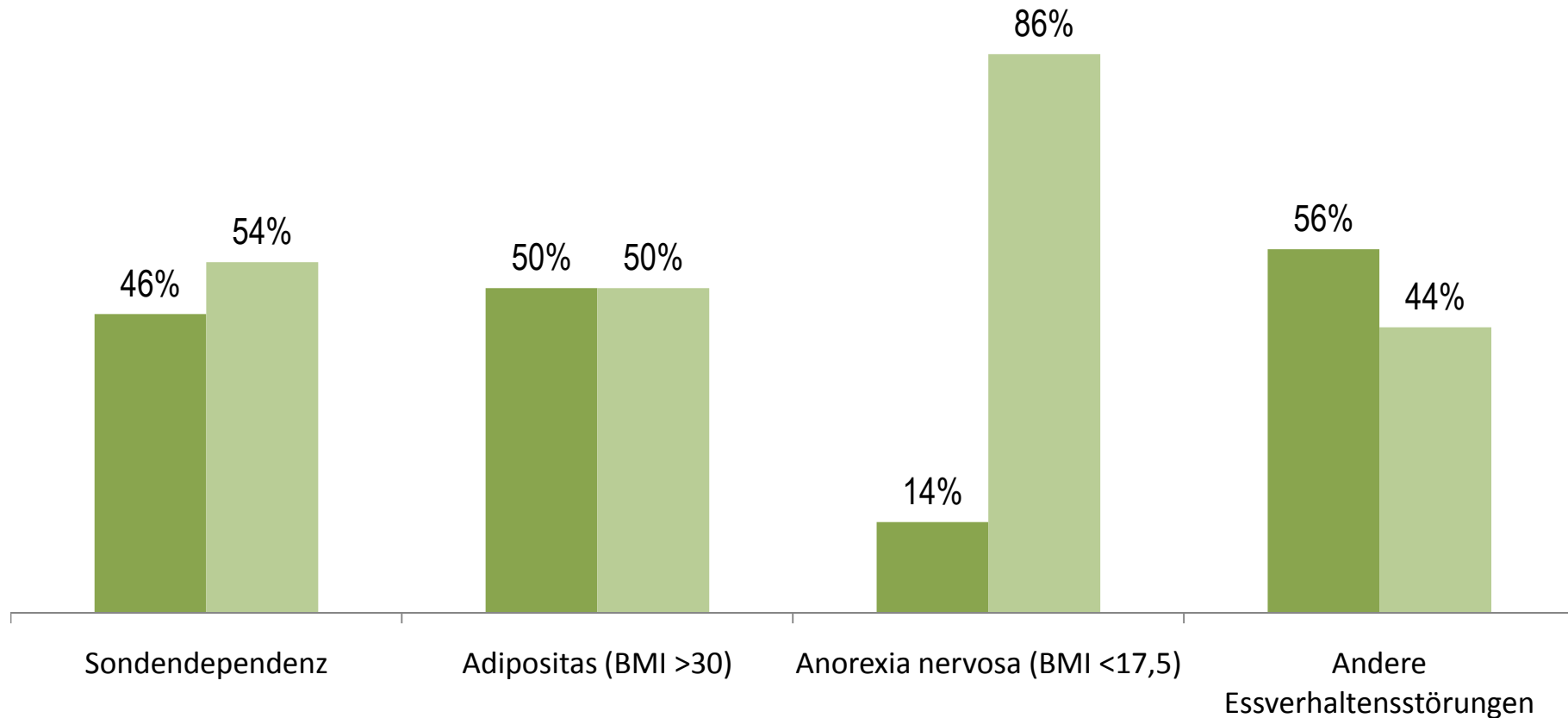
# Picky eaters sind männlich, Patienten mit AN sind eher weiblich



Marguerite Dunitz-Scheer  
& Petra Kaimbacher

Medical University of Graz

## Geschlechterverteilung 2008/09 (n=356)



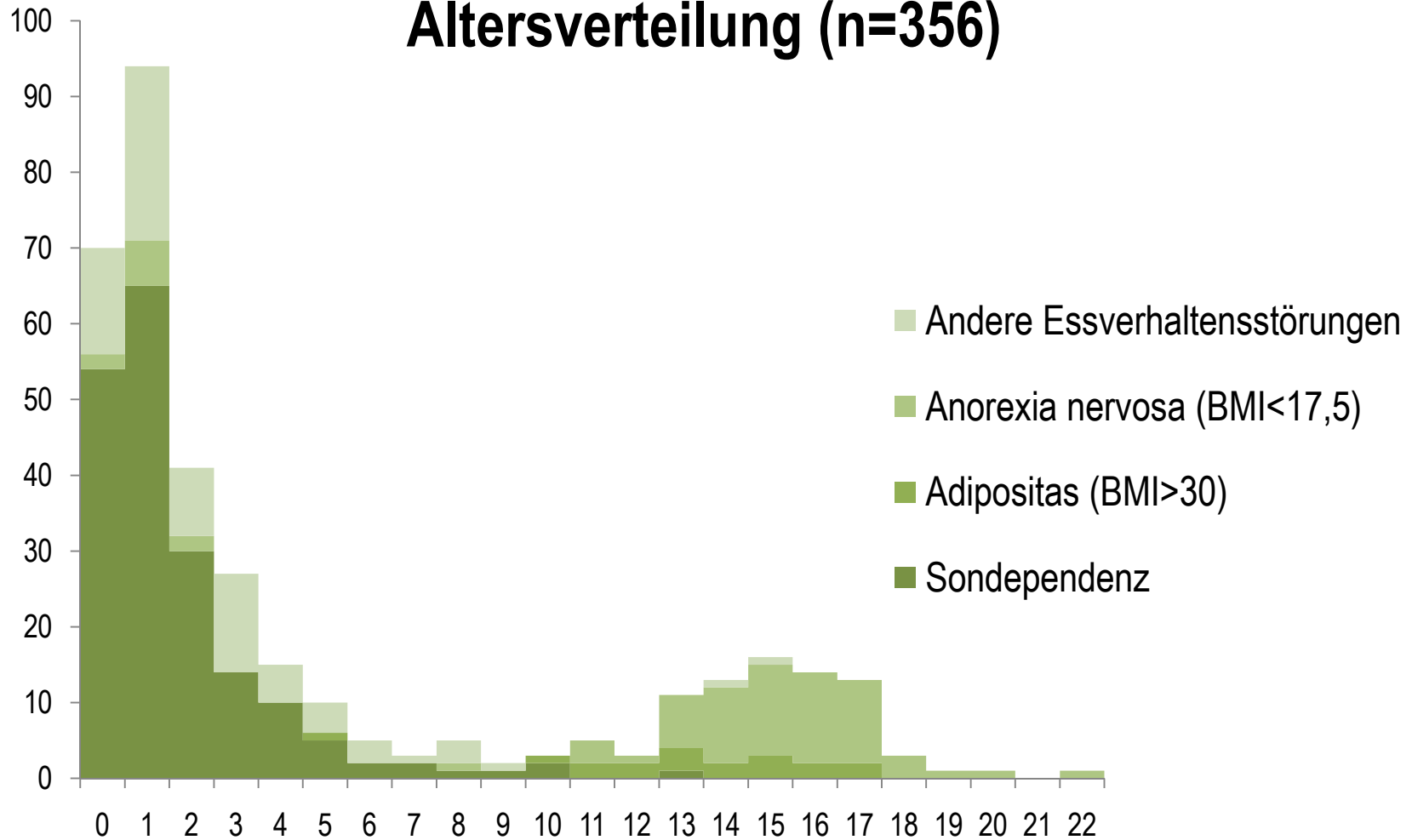
**Das Kindesalter ist das Prädilektionsalter für den Konflikt  
zw. adultem Kontroll- und kindlichem Autonomiebedürfnis!**



Marguerite Dunitz-Scheer  
& Petra Kaimbacher

Medical University of Graz

## Altersverteilung (n=356)

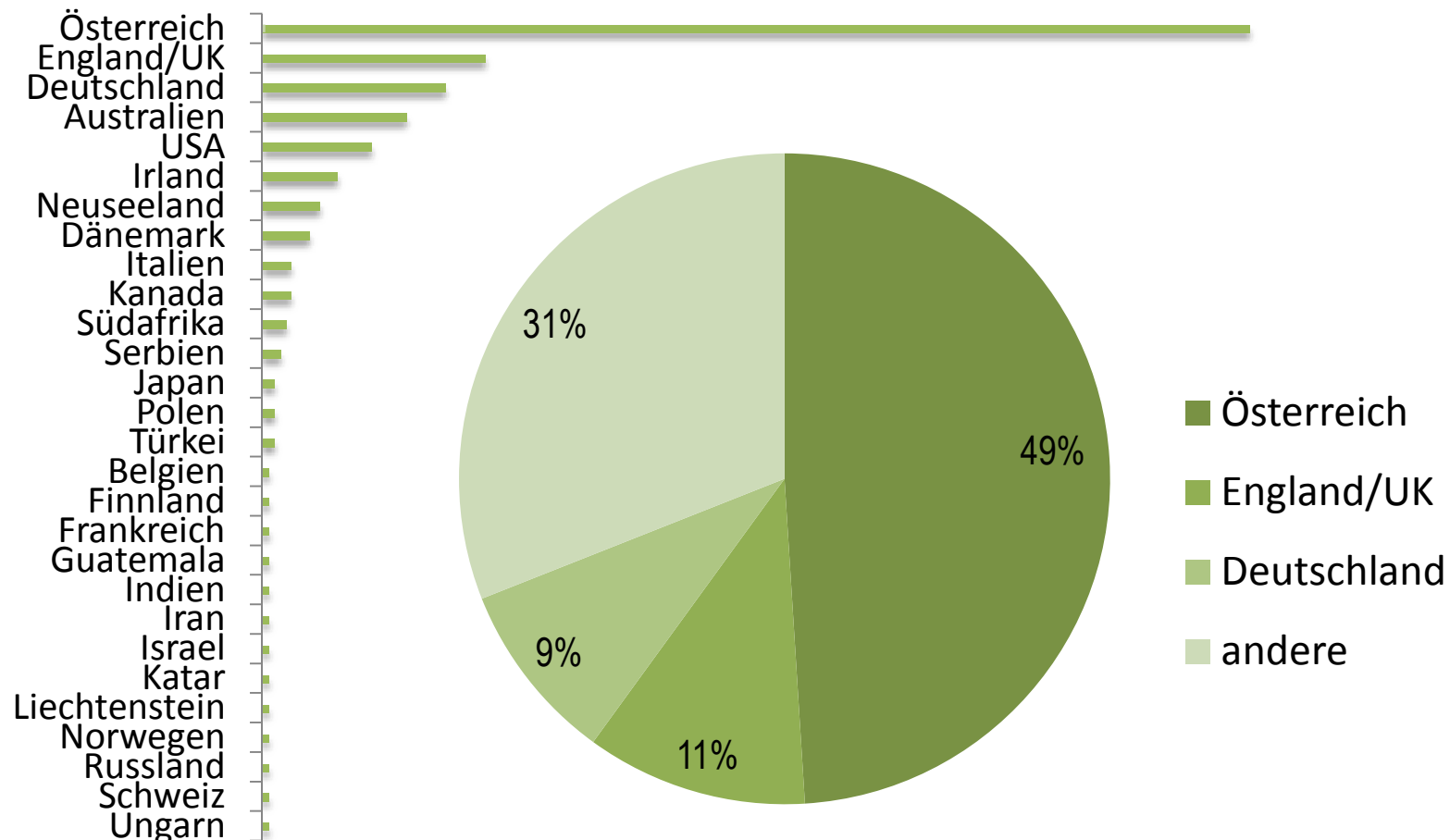




Marguerite Dunitz-Scheer  
& Petra Kaimbacher

Medical University of Graz

## Länderverteilung 2008/09 (n=28)



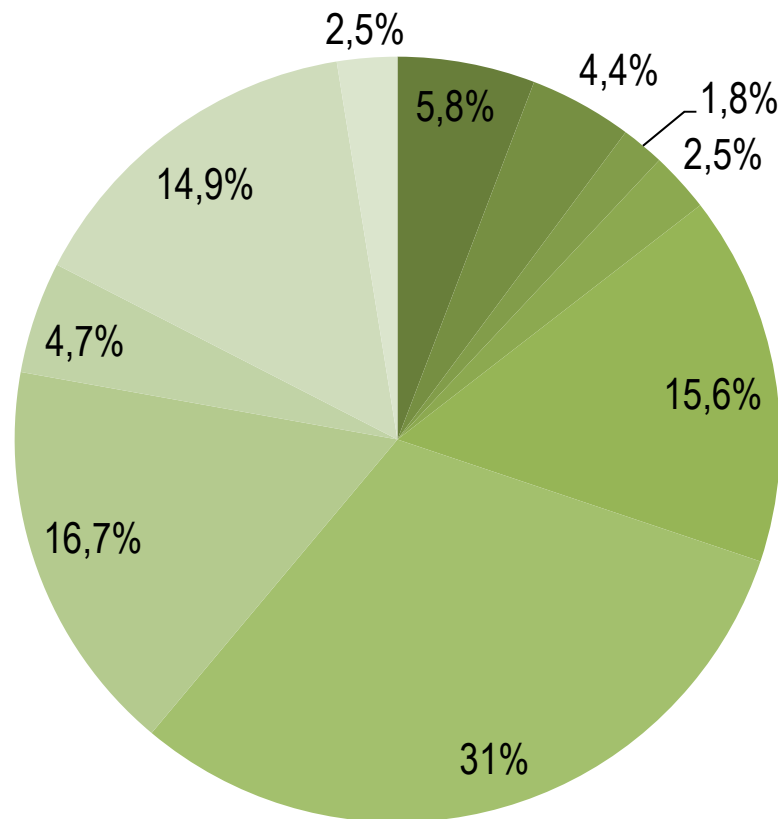
# Wir unterscheiden primäre und sekundäre (605/606) Essverhaltensstörungen



Marguerite Dunitz-Scheer  
& Petra Kaimbacher

Medical University of Graz

## Kategorisierung von Ess- und Fütterstörungen 2008/09



- 600: Unspezifizierte Essverhaltensstörung
- 601: Regulations-Fütterstörung
- 602: Fütterstörung der reziproken Interaktion
- 603: Frühkindliche Anorexie
- 604: Sensorische Nahrungsverweigerung
- 605: Fütterstörung assoz. mit med. Erkrankungen
- 606: Fütterstörung assoz. mit Insulten des gastr. Traktes
- Adipositas
- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa

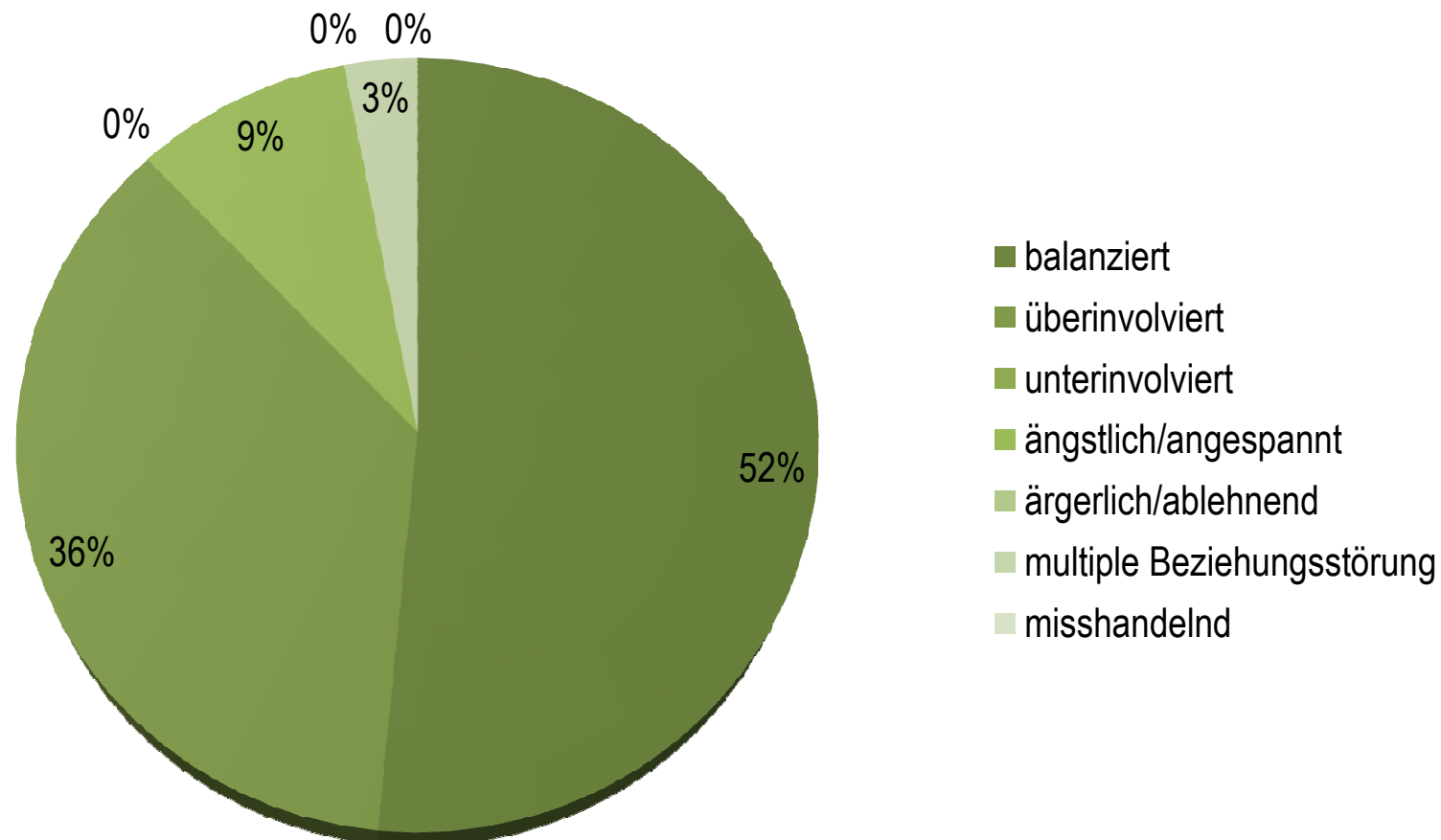
**Füttern sollte „cool“ und locker sein**  
Das ist aber bei einem Nichtessenden Kindes fast unmöglich



Marguerite Dunitz-Scheer  
& Petra Kaimbacher

Medical University of Graz

## Eltern-Kind-Beziehung bei Essverhaltensstörung 2008/09



# Therapieschemata

an der Psychosomatischen Station Graz



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

1. Für frühkindliche Essstörungen
2. Für sondendependente Kinder
3. Essstörungen des Vorschul- & Schulalters
4. Für Anorexia Nervosa, BMI < 15, 9-25 J
5. Für Bulimia nervosa, meist > 16 J
6. Für Adipositas permagna, BMI > 35, 2-20 J

# Hochselektives Essverhalten:



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

„Andere“ neue und häufiger werdende Essverhaltensstörungen

## **22% Picky eaters**

Eine stetig wachsende Population mit hoch-manipulativem Agieren des Kindes in der unsicheren Mutter-Kind Beziehung, oft Partnerersatzdynamik, häufig fehlt der Vater

20% unserer stationären Pat. haben AN: es ist später die häufigste Todesursache unserer „Ehemaligen“



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

Die „klassische“ Magersucht ist eine Kontrollsucht des Kindes über seinen Körper und findet sich oft in Familien, in welchen dem Kind bisher wenig Raum für Selbstständigkeit und Autonomie zuerkannt wurde. Die jüngsten PatientInnen sind 9 -10 Jahre alt.

Die Therapie umfaßt eine bewusste **Autonomieförderung** auf ganz unterschiedlichen Verhaltens- und Ausdrucksebenen und nimmt die Eltern aus der Gewichtskontrolle aus

# Quantifizierbare Variablen Und Einflussfaktoren



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

1. **Biometrie:** Gew, Länge, Alter, Bodycomposition
2. **Diagnose,** bisherige Interventionen
3. **Nahrungsmenge,** Inhalte, Qualität
4. **Aktueller Ess-entwicklungsstand**
5. **Bindungsqualitäten** des Umfelds
6. **Persönlichkeit** des Kindes
7. **Stressfaktoren,** sowie **Esskultur** & Rituale

# Bedeutung der Mutter-Kind Interaktion!



Medical University of Graz

- Jede psychisch gesunde Mutter eines gut essenden Kindes freut sich → positive Fütterungsdynamik
- Jede psychisch gesunde Mutter leidet, wenn nicht ihr Kind nicht isst → Stress in der Füttersituation
- Psychisch kranke Mütter sind für das Entstehen von Fütterungsstörungen eher prädestiniert als Gesunde.
- Jede gestörte Mu-Ki Interaktion kann darum beim Füttern tendenziell übergriffig und gestresst sein
- Jedes Kind geht soweit es kann „in Widerstand“
- Widerstand erhöht Druck → Teufelskreis entsteht

# Quantifizierung der Untersuchungssituation



Medical University of Graz

- Normierung der Probemahlzeit + Interview
  - Quantitativ und qualitativ, un- und gestresste Situation
- Normierung einer interaktiven Aufgabe
- Erhebung der aktuellen Bindungssituation
- Messung von: Effizienz und Inhalt des Intake
  - Feinfühligkeit
  - Stärke und Tempo des interaktiven Signaldialogs
  - Angemessenheit der Angebote auf Signale
  - Affekt der Interaktionsqualität, global, im Detail

# Die grundsätzlich „andere“ Qualität der Vater-Kind Interaktion



Medical University of Graz

## Väter sind meist:

- eben anders, oft kreativer
- relaxter, weniger verbraucht
- seltener existentiell bedroht
  - seltener übergriffig
  - seltener nötigend
- haben weniger häufig Verlustängste
- haben eher externe Selbstwertaufbauer

# Bedeutung und Qualität der Kind-Kind Interaktion



Medical University of Graz

## Was können wir da messen?

- Stellung des Kindes in der Kind-Kind-Interaktion oder Kindergruppe oder Geschwisterreihe
  - Blickkontakt zueinander, Spielverhalten
  - Motivationstransfer, Futterneid-verhalten
    - Nahrungseinfuhr, Self feeding skills

# Entspricht die Essentwicklung dem restlichen Entwicklungsstand?



Medical University of Graz

- Gelingende Saug-Schluckkoordination bedeutet fast immer ein Fehlen neurologischer Defizite
- Essende Modelle begünstigen prosoziales Verhalten
- Ohne Selbstmotivation des Kindes geht's gar nicht
- Stabile Rumpfkontrolle ist die Voraussetzung für mobile Arm- Handmotorik
- Gerichtete Handmotorik kommt vor Hand-Mund Koordination → Voraussetzung für Selffeeding Skills
- Besteht die Essentwicklungsverzögerung isoliert oder als Teil einer Gesamtentwicklungsverzögerung?

# Essverweigerung: Symptom oder aktives Leistung des Kindes?



Medical University of Graz

- Wird erstaunlich selten als “berechtigte” Reaktion des Kindes erkannt und reflektiert
- Eltern wollen ihre Kontrolle ungern oder gar nicht aufgeben
- Einsatz als Macht- und Unterdrückungsstrategie
- Viffe Kinder wollen “gewinnen” → Symptomverstärkung
- Psychologische Phänomene beeinflussen die Somatik
- Psycho-somatischer Teufelskreis in jeder Fütterungsszene

# ~25% gesunder und 90% kranker Kinder zeigen Essverweigerung!



aus Levi et al, JPGN, 2008

Medical University of Graz

- Wegdrehen des Kopfes: 85%
- Verweigerung der Brust: selten
- Verweigerung der Flasche: 49%
- Verweigerung des Löffels: 53%
- Verweigerung fester Nahrung: 29%
- Antizipatorisches Würgen: 35%
- Fehlen von Hungersignalen: 30%
- Geringe Einfuhr, sek. Gedeihstörung: 50%
- Häufiges Erbrechen, Reflux: 41%

# Begleitendes *aktives* oder *reaktives* elterliches Verhalten



aus Levi et al, JPGN, 2008

Medical University of Graz

- Nächtliches Füttern: 47%
- Zwangsfüttern: 68%
- Dauerndes Anbieten: 67%
- Verlängerte Mahlzeiten 45%
  
- Ablenkungskonditionierung (z.b. Videos) : 70%
- Extern definierte Fütterungsrituale: 42%
- → Verzernte Wahrnehmung und Verlustängste

# Die unseelige und unsinnige Henne-Ei Diskussion



Medical University of Graz

- Füttern besorgte Eltern unsensibel oder gar übergriffig und “treiben” das Kind unabsichtlich in den Widerstand?

ODER

- Bringt jedes schlecht essende Kind seine Eltern an den Rand des Wahnsinns?

# Thema ist der Übergang von der Dependenz in die Autonomie



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

- Erste notwendige Transition im ersten bis zweiten Lebensjahr  
→ Zur Familienesskultur
  - 2. Zweite notwendige Transition ab KG & Schulbeginn  
→ in die umgebende öffentliche Esskultur
- Beides muss von einem gesund heranwachsenden Kind erlernt und bewerkstelligt werden
  - Beides muss vom Umfeld des Kindes ermöglicht und unterstützt werden

# Essen lernen geschieht – wenn nicht behindert - von selbst



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!**

# Nun ist das aber Kind krank! Was passiert?



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

Jedes kranke Kind stellt seine Eltern-  
schicht- und kulturunabhängig - vor  
die Herausforderung, ihm **Nahrung**  
**anzubieten, obschon es keine will**  
**und/oder keine verträgt.**

Dabei sind Säuglinge und Kleinkinder  
mittels Logik oder Vernunft darüber  
nicht zugänglich!

Diese Konstellation kann zu einem  
existenziellen Konflikt werden.



# Diagnostische Sub-Klassifikation

(n. ICD 10 & Chatoor, 1989-2003, Dunitz et al. 1993-2004)



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

1. **Fütterungsprobleme bei Regulationsstörung (DC 401)**
2. **Essverhaltensstörung bei Bindungsstörung (DC 206)**
3. **Infantile Anorexia, Individuationsstörung +/- **Dystrophie****
4. **Neurosensorische Essverhaltensstörung +/- **Dysphagie****
5. **Post medical disorder** food aversion (ICD10 F 98.2)
6. **Posttraumatische Ess-Fütterungsstörung (DC 601)**
7. **Unspezifische Essverhaltensstörungen, Picky Eaters**
8. **Anorexia nervosa, Early and late onset Anorexia**
9. **Bulimia Nervosa, Bulimanorexie, verschiedene Typen**
10. **Adipositas permagna, sekundäre Adipositas**

**Der High-Tech Medizin induzierte Teufelskreis:**

nicht dürfen > nicht können > nicht lernen > nicht wollen

# Die Diagnose muss mehrere Perspektiven zulassen, z.b. DC0-3R



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

- **Individuelle Faktoren: Achse 1 & 3 & 5**
  - Genetik, Disposition, Grunderkrankung
  - Persönlichkeit, Hunger-Sättigungsbiozyklus  
Mitbeeinflussung durch Medikamente
- **Interaktive Faktoren: Achse 2 & 5**
  - Input-Output modell: quantitativ > Somatik
  - Dependenz-Autonomie: qualitativ > Psychologie
- **Systemische Faktoren: Achse 4 & 5**
  - Historische Erstmaligkeit, zusätzliche Belastungen
  - Genderthematik, Rollenbilder, Kultur



# Körpergewicht als diagnostisches Leitsymptom

Bodyweight  
as primary diagnostic criterion

## Zu dünn

NOFT, PICKY EATERS,  
Anorexia Nervosa  
Anorexia Athletica  
BMI < 18

## Normalgewichtig

Bulimia  
Essideosynchrasie  
BMI 20-30

## Zu dick

Fettsucht  
Adipositas permagna  
BMI > 30

# E.A.T.= unser Konzept



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

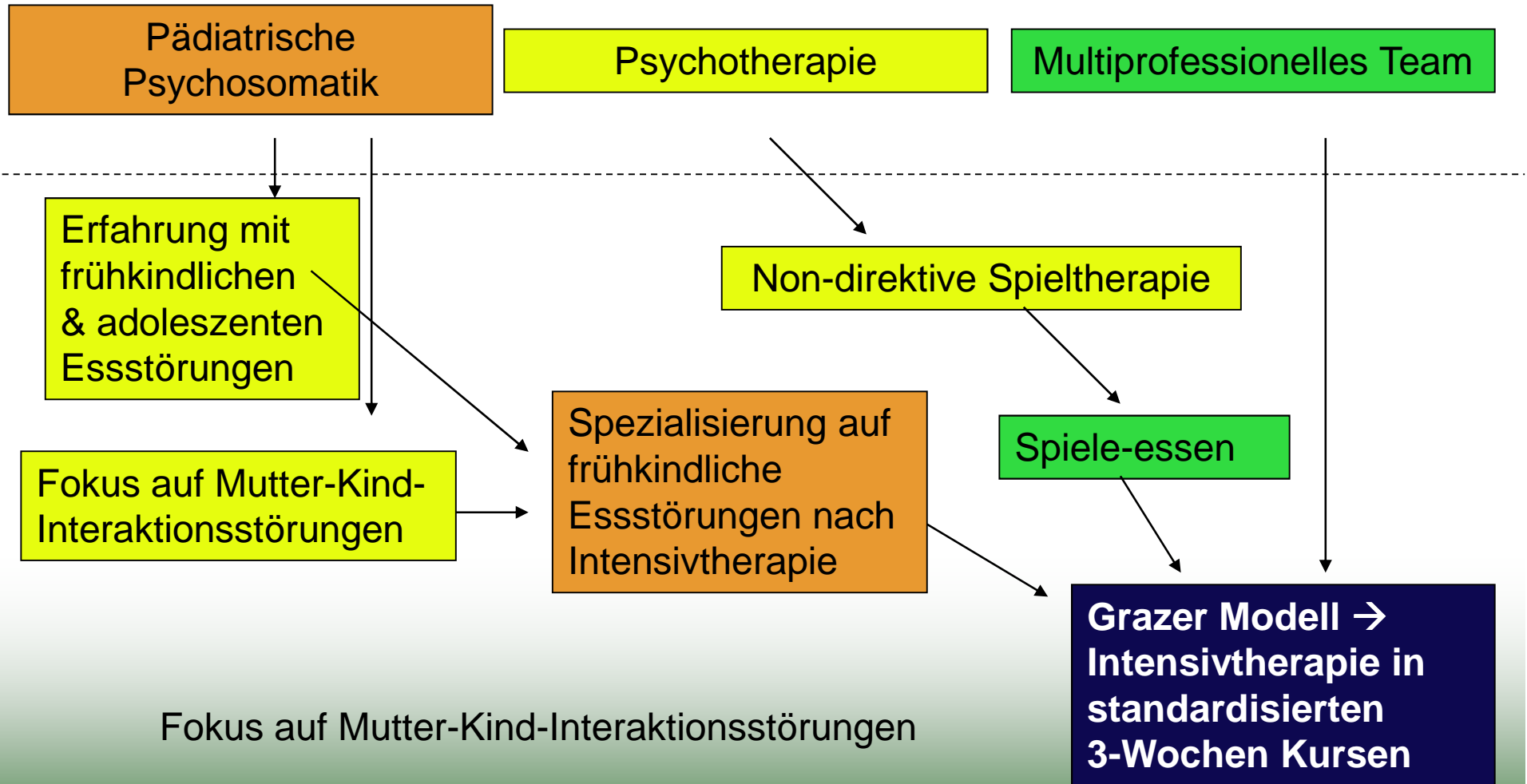
1. **E.A.T. = Early Autonomy Training**
2. **Mundbereich: die Autonomiezentrale**
3. **Stärkung der Eltern-Kind Interaktion**
4. **Stärkung/Erhalt der Paarebene**
5. **Hilfe zur Lösung vom Helfersystem**
6. **Kenntnis der normalen Entwicklung**
7. **Unterschiede beim Frühgeborenen**
8. **Grazer Sondenentwöhnungsmodell**

# Entwicklung des EAT-Konzeptes



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz



# Dosis und Qualität der therapeutischen Intervention ist entscheidend



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

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

# Die Grundprinzipien des interdisz. Therapieangebots



Marguerite Dunitz-Scheer

Medical University of Graz

- Diagnostische Evaluation
- Reduktion der Sondierung (in 2-4 Tagen) → **Hunger**
- Schaffung einer **Futterwelt!**
- **Intensive Interdisziplinäre Therapie** (Einzel/Gruppe) **des Kindes mit 4-5 Std täglich**
- **Intensive Stützung der Eltern!**
- Sicherheitsrahmen für Kind & Eltern zur Verfügung stellen
  - Bis zur Gewichtsstabilisierung
  - Entlassung (n.2-3 Wochen)
  - Nachsorge, Kontrollen, NETCoaching

# Wer kann und soll nun was tun?



Medical University of Graz

- Aufgabe der **Ärzte**: Diagnostik, Verlaufskontrolle, interdisziplinär abgesprochene Entscheidungen
- Aufgaben des **Pflegeteams**: Unterstützung bei Essskills, Modell und Vorbildfunktion
- Aufgaben der **Logopädie, Ergo-, Physiotherapie**
- Aufgaben der **Ernährungsberatung**: Inhalte und Sollmengen berechnen, Spezialdiäten
- Aufgaben des **Psychosozialen Dienstes**: Vernetzung, Organisation familiärer Ressourcen

→ Eine entspannte Esskultur im Krankenhaus versucht dem heute üblichen ideologischen Wahnsinn anders zu begegnen!

# Tips beim Neugeborenen: Stufe I



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

## 3.-5. Lebensmonat: Stufe 2



Medical University of Graz

- GradueLLer und unstressiger Übergang von flüssig -> breiig mit Löffel
- Frontal sitzend (Vater?!)
- Liegeschale, Dialogisches Füttern
- Flasche nur zu „inaktiven“ Tageszeiten, wenn müde
- Füttern und Greifen lassen während der Mahlzeit der anderen Familienmitglieder

# Stufe 3:

## Das Ich-will-alles-selbst-sitz-Kind



Medical University of Graz

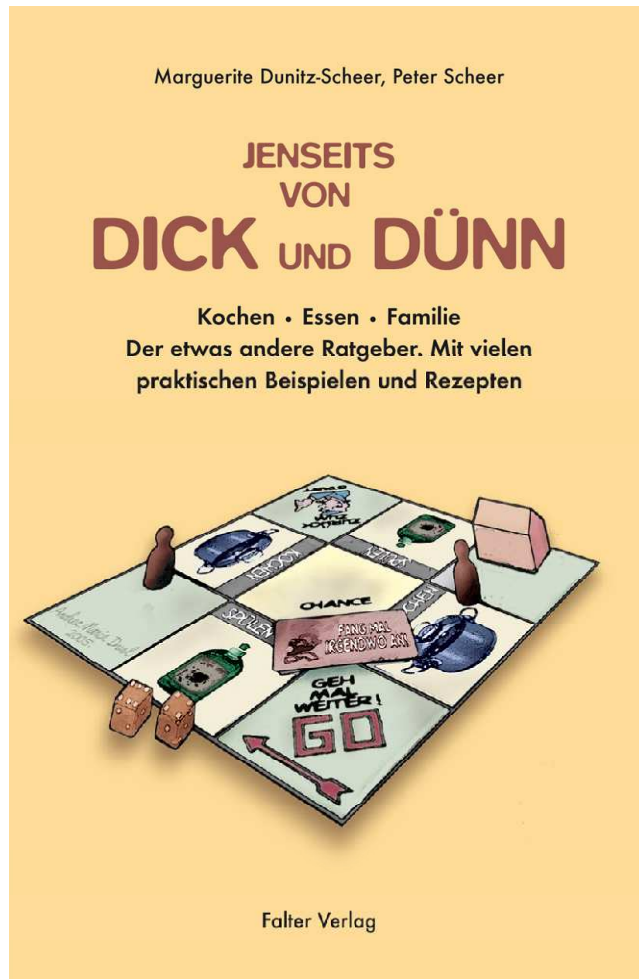
- Im Hochstuhl oder am Boden, Puppengeschirr für Kind
- Keine/kleine Angebote, bevorzugt Fingerfood
- Beim Familientisch mit dabei sein
- Immer selbst Löffel geben
- Max 1-2 Fläschen/24Std, Wenig Gläschen!
- Kein Angebot ohne kindliches Signal!
- Sofortiges Entfernen der Nahrung beim ersten Nein-Signal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

## Stufe 4: Das Kind, das stehen und gehen kann, kann SELBER essen!



Medical University of Graz

- **Mahlzeitenkultur ist entscheidend!**
- **Ein Kind das will, kann fast immer.**
- **Ein gesundes Kind will aber nie, wenn es erwartet oder gewollt wird.**
- **Das Bedürfnis nach Autonomie wird mit zunehmendem Alter nicht kleiner!**
- **Dieselbe Thematik betrifft auch die Pflege von Senioren in Pflegeheimen!**



**Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!**  
sowie unserem therapeutischen Team,  
und wissenschaftlichen Mitarbeitern:

Mag. Dr. Gerhard Bachmaier  
Mag. Hannes Beckenbach  
Dr. Lisa Del Negro  
Dr. Thomas Hofer  
Mag. Petra Kaimbacher  
Mag. Sabine Marinschek  
Dr. Elisabeth Kratky  
Dr. Michaela Tappauf  
Dr. Liesl Thierrichter  
Dr. Thomas Trabi