

Wenn das Kind nicht essen will ...

Ein Gespräch mit der Logopädin Simone Homer-Schmidt über die Gründe dafür und den Weg aus der Sackgasse

INTERVIEWFRAGEN: ELZBIETA SZCZEBAK

Manche Kinder mit Down-Syndrom, die sich grundsätzlich ganz gut entwickeln und bei denen auch keine gesundheitlichen Probleme zu bewältigen sind, überraschen ihre Eltern damit, wie sie plötzlich mit Essen umgehen. Sie verzichten beispielsweise auf feste Kost oder auf bestimmte Produkte, obwohl sie bereits nicht nur flüssige Nahrung genossen haben. Oder der Übergang zu Beikost und zu Mahlzeiten, wie sie sonst in der Familie angeboten werden, sich unerwartet als schwierig zeigt.

In dem Interview gehen wir auf Fragen ein, wie Kinder überhaupt essen lernen, was mit einer Fütterstörung gemeint ist und wie den Kindern mit Down-Syndrom, die eine Fütterstörung entwickelt haben, sowie ihren Eltern in der Therapie geholfen werden kann.

Welches Körnchen Wahrheit steckt in dem Klischee: Kinder mit Trisomie 21 entwickeln im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen im Baby- oder Kleinkindalter häufiger eine Fütterstörung?

Die Frage, die ich mir zuerst stellen muss, ist, ob es sich tatsächlich um eine „Störung“ des Essverhaltens handelt oder ob die Interaktion zwischen Kind und Eltern belastet ist. Also, ob die Kinder tatsächlich Probleme haben, genügend Nahrung oder altersgerechte Nahrung aufzunehmen, oder ob sich die Ess-Situation festgefahren hat. Sprechen wir deshalb zuerst darüber, wie Kinder zu essen lernen.

Wie lernen Kinder zu essen?

Die Kinder kommen auf die Welt und können saugen. Darauf haben sie sich schon im Mutterleib vorbereitet durch Saugen an Nabelschnur, Fingern und Schlucken von Fruchtwasser. Dabei zeigen sie zunächst lediglich die Vor- und Rückbewegungen der Zunge.

Als Vorsichtsmaßnahme der Natur haben Kinder einen Würgreiz auf der gesamten Zunge. Das heißt, wenn irgendetwas Großes in den Mund fällt oder erbrochen wird, wird alles nach außen transportiert. Wenn die Kinder anfangen, ihre Finger oder auch Gegenstände in den Mund zu nehmen – das ist eben ab dem zweiten, dritten Lebensmonat –, dann zieht sich dieser Würgreiz zurück. Es sind verschiedene Hirnnerven, die an dieser natürlichen Entwicklung beteiligt sind. Ins Detail zu gehen, wäre vielleicht zu spezifisch und führt zu weit.

Ich glaube, dieses Hintergrundwissen ist sehr interessant und wert, geteilt zu werden.

Am Anfang ist unser neunter Hirnnerv auf der ganzen Zunge. Wenn Kinder beginnen, ihre Finger zum Mund zu nehmen, zieht sich der neunte Hirnnerv zurück, belegt nur das hintere Drittel der Zunge und der sensible Ast vom siebten Hirnnerv übernimmt die Zungenspitze. All das, was ich beschreibe, ist heute wirklich messbar.

Kinder mit Down-Syndrom lassen die orale Phase häufig aus oder sie geschieht bei ihnen verspätet, was zur Folge hat, dass sich bei ihnen der Würgreiz nicht zurückzieht. Bei den Kindern bleibt die Vor- und Rückbewegung erhalten und wenn dann Stückchen auf die Zunge kommen, führt dies zum Rückreiz. So wird Essen mit Würgen verbunden und allmählich kann sich eine Abwehrhaltung bilden, um die unangenehme Erfahrung des Erbrechens zu vermeiden. Mit fortschreitendem Alter wird das Essen für die Kinder noch schwieriger, wenn wir plötzlich anfangen, sie mit fester Nahrung zu konfrontieren. Sie sind dann nicht in der Lage, sie im Mund zu behalten, ohne dass dieser Würgereflex kommt.

Hinzu kommt, dass Kinder mit Down-Syndrom durch die reduzierte taktil-kinästhetische Wahrnehmung weniger Informationen im Mundbereich erhalten.

Wie könnte man den Kindern helfen, die orale Phase nicht auszulassen und die Mundwahrnehmung zu stärken?

Sehr hilfreich und sinnvoll ist die Unterstützung durch die Physiotherapie: vor

allem viel die Hände anregen, viel Hand-Mund-Bewegungen üben. Wie bei Anna in dem Artikel. Und den Kindern trotzdem relativ rechtzeitig – zwischen dem fünften und sechsten Lebensmonat – die Beikost anbieten. Das ist der Zeitpunkt, zu dem es physiologisch vorgesehen ist.

Kinder ohne Down-Syndrom haben zu diesem Zeitpunkt eine gute Kopfkontrolle und Auge-Kopf-Koordination, sie nehmen Anteil, wollen sich zum Teil bereits hinsetzen, wohingegen Kinder mit Down-Syndrom in diesem Alter noch viel liegen. Bei ihnen trauen sich deshalb manche Eltern intuitiv nicht, die Beikost anzubieten.

Die Auswertung der Elternfragebögen zu unserer DS-Sprechstunde ergab eine spannende Beobachtung: Wenn die Beikost erst ab dem zehnten Lebensmonat und später angeboten wurde, kam es häufiger zu Essproblemen und als Folge zu Fütterstörung.

Deshalb sagen wir in der Beratung: Bitte zeitig mit der Beikost beginnen, natürlich mit einem weichen Löffel, gut gelagert. Es ist wichtig, dass der Nacken gut gestreckt und der Kopf gestützt ist. Es darf natürlich weiterhin noch gestillt werden, aber dass die Kinder einen neuen Nahrungsreiz im Mund haben, ist sehr sehr wichtig.

Was noch spricht dafür, im fünften bis sechsten Lebensmonat mit der Beikost zu beginnen?

Dieses Zeitfenster ist noch deshalb so ideal, weil Kinder in dieser Entwicklungsphase beginnen, sich zu drehen, die Reflexketten des Schulter-Nacken-Bereichs

werden gedehnt und damit übt das Kind tendenziell die seitlichen Zungenbewegungen. Das passiert bei Kindern mit Down-Syndrom deutlich verzögert. Aber die sensible Phase im Mund ist bei ihnen trotzdem gegeben und wir können das nutzen und beginnen, die Beikost im vergleichbaren Alter wie bei anderen Kindern zu geben. Deshalb, bitte, prophylaktisch rechtzeitig mit der Beikost beginnen.

Genau wie alle Kinder lernen Kinder mit Down-Syndrom, mit Stückchen umzugehen, indem sie die ersten Stückchen von Brot oder Keksen in den Mund nehmen und sie darin bewegen. Was brauchen sie unbedingt dazu? – Die Handkraft und die Augenkontrolle.

Die Handkraft und die Augenkontrolle können sicher unterstutzt werden. Wodurch?

Ich biete zum Beispiel dem Kind einen Keks an und führe seine Hand zum Mund; dadurch mache ich es interessant für das Kind. Bei den Kleinen ist es übrigens schnell zu merken, wie bald die Handkraft nachlässt.

Zwei Dinge lassen sich beim Füttern beobachten: Erstens – die Kinder mögen häufig die neue Konsistenz nicht und zweitens – sie bekommen viel negative Aufmerksamkeit, weil sie es ausspucken. Darauf reagieren Eltern erfinderisch und beginnen mit diversen Ablenkungen – es wird gesungen oder nach anderen Ablenkern gesucht. Aber damit wird das falsche Signal verstärkt und das Kind erkennt: „Je mehr Theater ich mache, umso mehr Zuwendung bekomme ich.“ Außerdem werden die Ablenker interessanter für das Kind als das Essen.

Es gibt in der Fachliteratur konkrete Beschreibungen der Symptomatik aus der Sicht der Kinder und aus der Sicht der Eltern bei der Fütterstörung.

Jetzt taucht sie wieder auf – die Fütterstörung. Klären wir zunächst den Begriff, bevor wir auf die Symptome eingehen.

Fütterstörung bedeutet eigentlich, dass die Kinder prinzipiell essen könnten; es ist alles angelegt – die Muskulatur ist soweit da –, aber sie tun es aus unterschiedlichsten Gründen nicht. Ein Teil der Fütterstörung ist das Verweigern der festen Nahrung (Brot oder Obststückchen, Kekse etc.).

Es gibt aber auch die sogenannte posttraumatische Fütterstörung oder Fütterstörung bei medizinischen Begleiterkrankungen oder nach regulatorischen Problemen.

Mit einer posttraumatischen Fütterstörung haben wir es dann zum Beispiel zu

tun, wenn ein Reflux lange Zeit nicht erkannt wurde oder Kinder häufiger intubiert wurden und dadurch viele negative Erfahrungen im Mundbereich verknüpft wurden. So wird die Nahrungsaufnahme als belastend empfunden.

Wir bleiben aber jetzt bei einer ganz „gewöhnlichen“ Fütterstörung: Das Kind hat gute Voraussetzungen, um essen zu können, leider tut es das nicht ...

Die Eltern sind in solcher Situation natürlich extrem besorgt. Das Grundbedürfnis jeder Mutter ist, ihr Kind zu ernähren: „Das Kind muss zunehmen.“ Oft schämen sich Eltern dafür, dass ihr Kind nicht „normal“ isst, weil: „So was Einfaches wie Essen und mein Kind kann das nicht. Alle anderen schaffen es und nur mein Kind nicht.“

Folglich fangen die Eltern an, sich mit Tun und Machen zu beschäftigen, es werden besondere Mahlzeiten zubereitet, viele Ablenker organisiert, dabei sind Fernseher oder Tablet im Einsatz.

Ein weiteres Thema sind die zu häufig angebotenen Mahlzeiten. Die Kinder, die wir aus der Beratung kennen, sind selten untergewichtig, sondern tendieren eher zum Gegenteil, weil sie hochkalorische süße Sachen essen (zum Beispiel Joghurt, der weich ist und den man nicht kauen muss), die sie akzeptieren, und dies viel zu häufig am Tag. Eltern sind nämlich um jede Mahlzeit, die ihr Kind zu sich nimmt, froh.

Manche Eltern beginnen beim Essen auch zu erpressen „Wenn du nicht isst, dann ...“; sie sind enttäuscht, beschweren sich viel.

Mit Blick auf die Kinder bezieht sich die Symptomatik auf folgende Aspekte: Die Kinder haben oft keinen Hunger; zeigen provozierendes Verhalten, um – wie gesagt – noch mehr Aufmerksamkeit zu bekommen. Aus der Sicht des Kindes dauern die Mahlzeiten oft viel zu lange.

Wir haben sehr viel Hintergrundwissen zusammengefasst, auch viel über die Symptomatik erfahren. Es stellt sich natürlich die Frage: Was nun? Wie gehen wir konkret vor, wenn den Familien geholfen werden sollte, Füttern und Mahlzeiten entspannt zu genießen?

Die Mutter von Anna hat es in ihrem Beitrag sehr gut beschrieben. Was ich im therapeutischen Setting mache, ist: als Erstes zu beobachten. Hilfreich sind natürlich Videobeobachtungen. Ich frage mich:

Frast das Kind das Essen überhaupt von sich aus an? Ganz häufig beobachte ich, dass das Essen Kindern verabreicht wird und dass sie für sich selber nicht sorgen dürfen.

Was macht das Kind mit der Nahrung im Mund?

Reichen überhaupt die Nahrungsmengen? Ist das ein gefährdender Zustand; ist das Kind zu dünn?

Und ganz wichtig: Wie ist die Interaktion beim Essen: Sind Ablenker da? Wie ist das Gesicht der Mutter/des Vaters? Sind sie freundlich? Freuen sie sich darüber, wenn das Kind den Mund aufmacht? Ist ein guter Blickkontakt da? Ist die Atmosphäre entspannt? Denn eigentlich sollte beim Essen eine entspannte Stimmung herrschen. Ich verweise gerne an dieser Stelle auf die „Goldenen Regeln“ beim Essen. [Sie sind unter dem Namen „Regeln zur entspannten Mahlzeit“ in ImDS 84, Januar 2017 im Artikel von Simone Homer-Schmidt „Ernährung mit Sonde bei Kindern mit Down-Syndrom – Und was dann?“ veröffentlicht.]

Wenn all die Aspekte der Beobachtung berücksichtigt sind, folgt sicher ein nächster Schritt, nämlich die Therapie?

Wenn ich sehe, das Kind entwickelt sich ganz normal, es nimmt – auch wenn sehr wenig, aber stetig – zu und „nur“ das Thema Essen ist ganz gesondert, beginnt die Phase der Desensibilisierung, das heißt: Wir kneten, wir manschen, wir schmieren tatsächlich mit dem Essen. Fernab vom Tisch lege ich eine Wachsdecke auf den Boden und wenn ich merke bzw. in Gesprächen mit Eltern erfahre, dass das Kind ungerne in Sand greift oder auf dem Gras oder Teppich nicht gerne läuft, fange ich bei diesem Kind nicht gleich mit dem Essen an, sondern übe das Angewöhnen an verschiedene Materialien und Konsistenzen.

Wir nehmen zuerst Kastanien, dann Linsen in die Hand (immer von grob zu fein), als Nächstes wird über die Hände gegossen und dann wird es irgendwann mit dem Essen weitergehen. Die Kinder beschäftigen sich bei mir viel mit den Händen – wir schälen gemeinsam eine Gurke oder eine Melone oder eine Mango, alles was reif und saftig ist. An dieser Stelle erkläre ich Eltern immer: Wir alle nehmen nur das in den Mund, was uns an den Händen nicht ekelt.

In dieser Phase ist natürlich beim Kind viel Abwehr da. Ich habe immer Handtücher parat, damit wir die Hände abwischen können, und währenddessen verstärke ich positiv die Erfahrung mit gutem Zureden: „Schau, wir schälen jetzt gemeinsam und jetzt wischen wir die Hände ab und es ist alles wieder gut.“ Es sind, wie wir sagen, die entlastenden Informationen über die Hände für den Mund.

Während dieser Phase, die begleitend auch Eltern zu Hause machen – und natür-

lich erfahren sie, was sie manschen, was sie schmieren sollen und in welchem Setting –, wird auch Brot in den Händen zerrieben und in den Mund geführt, immer mit dem Ziel, auszuprobieren, wie sich das im Mund anfühlt.

Parallel dazu machen wir die Kauübungen mit dem Kauschlauch. Da ist die Abwehr zu Beginn häufig sehr groß: Die Kinder schreien und weinen, aber ich halte sie trotzdem fest und erkläre immer den Eltern: Ich tue dem Kind nicht weh, sondern helfe ihm dabei, neue Erfahrungen zu machen. Und wenn wir das nicht machen, können wir den Würgeiz nicht abtrainieren. Aus Erfahrung weiß ich, dass ich Eltern versprechen kann: Spätestens in der sechsten Therapiestunde weint das Kind nicht mehr. Natürlich klappt es bei mir meist besser als zu Hause, wo die Kinder die Zweifel ihrer Eltern spüren. Für Eltern ist es verständlicherweise sehr schwer, die Abwehr und das Schreien auszuhalten.

Allerdings werden die Übungen mit der Kaunudel oder anschließend mit der Mullkompressen – gefüllt mit dem Obst, das wir zuvor gemeinsam vorbereitet haben –, auf die gebissen wird, erst dann zu Hause gemacht, wenn es in der Therapie bereits ganz gut klappt.

Das alles hört sich in gewisser Weise „einfach“ an. Deshalb stellt sich nun die Frage, ob Eltern und Kind das nicht ganz alleine schaffen würden, natürlich vorausgesetzt, dass sie wissen, was zu tun ist.

Wir sprechen natürlich nicht von einem „ganz normalen“ Essen, sondern von festgefahrene Ess-Situationen und letztlich über die Fütterstörung, die eben in einem Machtkampf zwischen Kind und Eltern endet. Um aus dieser Sackgasse herauszukommen, wird die Unterstützung einer erfahrenen Therapeutin gebraucht.

Manchmal reicht auch eine Begleitung am Telefon, gestützt durch den Austausch von Videoaufnahmen, wie wir es in dem Bericht über Anna nachlesen können. Fakt ist, die Eltern brauchen eine Führung im Hintergrund, die ihnen auch sagt, wenn zum Beispiel in dieser Phase der Therapie ihr Kind krank wird, dass sie unterbrochen werden kann bzw. muss. Wir machen eine Pause, das Kind isst wieder nur Sachen, die es akzeptiert, und wenn es wieder gesund ist, steigen wir erneut ein.

Wichtig ist es zu wissen, dass es nicht alleine um die Konsistenzen geht, an die wir ein Kind gewöhnen wollen. All die Übungen mit den Händen haben eine große Bedeutung; die Hände werden beschäftigt mit dem Manschen und Kneten, mit

dem Schälen vom weichen Essbaren, sie werden abgewischt und immer wieder in den Mund geführt. Über die Hände bekommen die Kinder die Sicherheit im Umgang mit den neuen Lebensmitteln und Konsistenzen.

Als Nächstes kommt die Transfer-Phase: Es werden neue Lebensmittel eingeführt – nicht nur Püriertes, sondern neue Konsistenzen werden angeboten, immer mit etwas Bekanntem und immer in sehr kleinen Mengen. Zum Beispiel wenn das Kind nur Joghurt isst, wird dem Joghurt eine kleine Menge von Nudelstückchen (ein Teelöffel auf einen Becher Joghurt) beigemischt. Das wird von Tag zu Tag gesteigert, so können sich Kinder an die neue Konsistenz gewöhnen.

Wie lange dauern all diese Phasen? Von welchen Zeiträumen sprechen wir eigentlich?

Das alles dauert seine Zeit. Meines Erachtens ist es realistisch, innerhalb eines Jahres zu einem gewünschten Essverhalten und entspannterem Essen zu kommen. Wohlgeachtet ist die Einstellung der Eltern nicht zu unterschätzen. Einige Mütter berichten – wenn es bereits gut und sehr gut klappt –, dass sie Angst vor einem Rückfall haben oder davor, dass ihr Kind in die alten Essensmuster zurückfällt. Hilfreich wäre an dieser Stelle, diese kontraproduktiven Gedanken zu stoppen.

Irgendwann kommt auch der Zeitpunkt, zu dem Eltern bestimmen, welche (neuen) Mahlzeiten gegessen werden.

Und hier meldet sich bei mir ein leiser Widerstand. Denn Kinder mit Down-Syndrom werden bereits sehr früh zu etwas „gezwungen“, was sie nicht tun wollen, besonders bei einem sensiblen Thema wie dem Essen. Beginnt nicht da diese Fremdbestimmung des Umfelds, mit der sie auch später zu tun haben?

Das verstehe ich. Würden wir aber bei Kindern ohne Down-Syndrom uns anders verhalten und ihnen nicht helfen? Würden wir den Kindern kein Therapieangebot machen, wenn bei ihnen das Thema Essen nichts mit dem Genießen, mit gesunder Ernährung zu tun hätte oder wenn es sogar aus gesundheitlichen Gründen für sie schädigend wäre? Ein Beispiel: Ein Kind ist krank und isst während der Krankheit nur Grießbrei. Das Kind wird wieder gesund, will aber nichts anderes als Grießbrei essen. Würden wir nicht adäquat handeln und sagen: „Nein, den Grießbrei gibt es jetzt nicht mehr, du bist gesund und musst dich nicht mehr schonen?“

Schauen wir, dass wir nicht mit zweierlei Maß messen. Raus aus der Komfortzone, viel die Kinder selber machen lassen. Denn zum Thema Essen gehört auch das Mitmachen: Gemüse schälen, Mahlzeiten miteinander vorbereiten, den Tisch decken und natürlich dem Kind helfen, wo Hilfe nötig ist.

Gerade in der Transfers-Phase gilt die Regel: altersgerecht würzen. Etwas salopp gesagt: keine Babygläschen ohne Geschmack mehr, sondern die normalen Gewürze, die auch andere Familienmitglieder altersentsprechend bekommen.

Zudem ermutige ich Eltern: Alles, was beim Essen gut läuft, das sollten sie loben, loben, loben. Und das muss man richtig üben: „Toll! Wieder ein Löffel, das hast du gut gemacht!“ In dem Moment, in dem das Kind verweigert, gar nicht reagieren, neutral bleiben. Natürlich ist es nicht einfach, Ruhe zu bewahren, wenn das Essen sprichwörtlich durch die ganze Küche fliegt, und es wäre unter Umständen einfacher zu füttern, als das Kind selbst das Essen üben zu lassen. Aber es lohnt sich wirklich, es dem Kind zuzutrauen und konsequent zu bleiben, damit alle Beteiligten wieder entspannte Mahlzeiten erleben. ■



Simone Homer-Schmidt ist Logopädin und führt seit 1997 ihre „Praxis für Logopädie“ in Lauf. Sie gehört von Anfang an (2006) zum Team der DS-Sprechstunde in der Cnopf’schen Kinderklinik Nürnberg für Kinder von null bis vier Jahren und seit 2014 zum Team der DS-Ambulanz Lauf für Kinder ab vier Jahren.

„Wir behandeln jeden Patienten mit ganzheitlichem Blick auf seine jeweilige Entwicklungsphase, seine damit verbundene psychische Befindlichkeit, seine Stellung in der Familie und im weiteren sozialen Umfeld.“

www.logopaedie-homer-schmidt.de