

Sansemotoriske spiseproblemer hos børn 0-15 år

Af: **Ulla Lebahn**, privatpraktiserende børneergoterapeut, indehaver af www.Lebahn.dk



Denne artikel er egentlig skrevet som sidste kapitel (gæste indlæg) i bogen "spisning og sensitivitet", der er udkommet 2013 på forlaget CORA Publishing. Forfatter er psykolog og terapeut Athina Delskov.

Artiklen handler om børn, der har spiseproblemer på grund af fysisk sensitivitet. Dvs. børn der ikke har et fysisk/mentalt handicap, der ligger til grund for spiseproblemerne, men som pga. sarte sanser har svært ved at spise. De sarte sanser er årsag til en anderledes fysisk udvikling, som kan forekomme på flere områder. Et af områderne er ubehag ved berøring på tungen (følesansen). Ubahaget gør, at tungen bruges anderledes.

Et andet eksempel på, hvad der kan drille i forhold til normal sansemotorisk udvikling, er børn, der ikke bryder sig om at ligge på maven. De får ikke sat gang i den normale "krybe, kravle, sidde på knæ, rejse sig i knæstående, rejse sig til stående, stå, gå når de holder ved, gå frit" udvikling, men får i stedet lært at sidde ved at få hjælp fra forældrene og kommer omkring på alternative måder f.eks. gumper sig frem, og hiver sig op i stående.

Præsentation af forfatter

Min baggrund for at skrive om sansemotorisk baserede spiseproblemer hos børn er 8 års erfaring i spiseteamet på Kolding Sygehus, hvor vi arbejdede tæt tværfagligt sammen om behandlingen af familier, hvor et eller flere af børnene havde spiseproblemer.

De sidste 6 år har jeg holdt foredrag og undervist om behandling af børn med spiseproblemer. En stor del af de underviste er sundhedsplejersker fra hele landet, men der er rigtig mange andre faggrupper, der har tilknytning til børn med spiseproblemer, og de deltager



heldigvis også i rigt mål.

Som privatpraktiserende har jeg en landsdækkende funktion - både som behandler, underviser og foredragsholder. Jeg behandler børn i alderen 0-15 år.

Jeg var i 2005 på studiebesøg på et hospital i Graz, Østrig, hvor man er specialister i sondeafvænning.

I 2012 var jeg på studierejse til USA – hvor jeg tog 2 kurser hos SOS Feeding Solutions - dernæst en uges praktik hos spiseteamet på STAR center, Denver Colorado. STAR center er en nonprofit organisation, der forsker i sanseintegrationsproblemer (SPD - sensory processing disorder). Centret tager sig også af sanseintegrationsbehandling. Erfaringerne fra disse studieophold har i høj grad bidraget til at udbygge behandlingsmulighederne. Se yderligere under 'Mere viden' sidst i kapitlet.

Beskrivelse af udviklingsfaserne

For at kunne forstå, hvad spiseproblemer på baggrund af sansemotoriske problemer egentligt er, og hvad behandlingen skal bestå i, er det nødvendigt både at vide noget om den normale spiseudvikling og om kroppens sanser og sansesystemer.

Derfor følger denne noget forenklede introduktion til begge dele. Ønskes mere detaljeret viden om sanserne og sansesystemerne, er det muligt at finde en masse god litteratur om børn og sanseintegration via internettet f.eks. www.sansemotorik.dk

Den normale spiseudvikling

Et spædbarn har allerede i fostertilstanden (34.-40. uge) øvet sig i at "trække vejret", drikke fostervand og sutte på tommelfingre.

Hvis det er født til tiden og ikke har et betydende handicap, har det veludviklede sutte- og søgereflekser, som gør det i stand til at spise reflektorisk de første uger. Barnet mærker fra starten af sult og mæthed og kræver umiddelbar behovstilfredsstillelse.

Ca. 6-8 uger gammelt starter barnets spiseudvikling i form af "aktiv/villet sutning". Barnet begynder at spise mere bevidst. Udviklingen er færdig ved 4-6 mdr.s alderen, hvor barnet nu er fuldt i stand til at fornemme, hvad der skal til for at følge dets egen vægt- og højde kurve. I den resterende del af opvæksten er det "kun" forældrenes opgave at "levere varen" (appetitligt, hygiejnisk, ernæringsmæssigt forsvarligt og aldersvarende i forhold til madvaretype og tilberedningsgrad).

Det er de voksne omsorgsgiveres opgave at tilbyde maden, når barnet tydeligt melder sig sulten. Melder barnet sig ikke, tilbydes barnet mad ca. 3 timer efter sidste måltid. De voksne må også gerne være med til at styre fødevarevalget, så det ernæringsmæssigt passer til barnets alder og udvikling, så det ikke fortsætter med at have præference for det fede og søde, som modermælken har.

Det er til gengæld ene og alene barnets ansvar at forholde sig til tilbuddet om mad. Det kan takke ja og spise – eller takke nej og lade være med at spise. Det sidste har rigtigt mange voksne svært ved at acceptere. Specielt hvis barnet i forvejen er småtspisende og vækstkurven måske bøjer af. I den situation bliver forældre naturligvis bekymrede og forsøger at få barnet til at spise mere ved at nøde/presse eller

måske aflede. Forældrene får som regel også råd fra læge eller sundhedsplejerske om at være mere insisterende ved måltiderne. Det gør næsten altid bare situationen værre.

Barnet anvender suttebevægelser, når det ammes eller får flaske. Tungen bevæger sig frem og tilbage, samtidig med at kinder og kæber holder undertryk og derved suges/suttet mælken ud fra brystet. Barnet synker mælken med et "væske-synk", hvor væsken glider bagud mod svælget uden at blive samlet et bestemt sted før synk.

4-6 måneder gammelt begynder barnet at opdage fingre og tæer og begynder at putte dem i munden, så de kan suttet og gumles på. Barnet begynder at kunne bruge hænderne til at gribe med og putter gerne legetøj i munden. Samtidig med at hånd til mund teknikken udvikles, begynder barnet at lægge mærke til, at forældrene putter mad i munden. Når barnet føler sult, vil det kigge efter maden, rækker måske ud efter den og smasker, når det ser mad blive spist. Når barnet har denne adfærd, når forældrene spiser, er det klar til at blive introduceret til skemad. Skemaden skal være meget lind og med en ensartet konsistens, så overgangen fra mælk til grød/mos er så glidende som muligt. De første mange mundfulde skal ikke medregnes i energiindtaget, idet det udelukkende er "smagsprøver". Barnet øver sig på at få mad i munden, det vænner sig til ny smag og til ny konsistens. Mave-tarmsystemet skal også lige vænne sig til den nye mad.

Man skal endelig ikke sætte mad af i munden på barnet i starten. Det skal have lov til at nippe til maden og få fornemmelse af, at læberne har en aktiv rolle i at få skemaden hentet ind i munden. Barnet kan blive bange, hvis det får en for stor mundfuld ind i munden. De første mange små mundsmage vil typisk blive skubbet ud igen på grund af tungens vane med de fremadrettede suttebevægelser. Lidt efter lidt finder barnet ud af at få den linde skemad transporteret indad mod svælget, hvor maden "væske-synkes".

Kæben vokser i løbet af de første 4-6 mdr. frem/ ned, så der bliver plads til mad i mundhulen. Kæben får nu også mere bevægelighed og i takt med, at skemadens konsistens bliver tykkere, begynder barnet at udvikle op/ ned tygning. Barnet udvikler samtidig "fødebolle-synket", hvor skemaden lægges samlet midt på tungen og sendes af sted mod svælget som en rullende bevægelse af tungen.

Ca. 7-9 mdr. gammelt begynder barnet at gumle-tygge (lodret kæbebevægelse) og begynder derefter at udvikle gnave-tygge bevægelser, hvor barnet putter maden ud til gummerne med tungen. Dermed er barnet klar til simpel blød tygge mad, f.eks. familiens mad, som stadig skal tilbydes forarbejdet, så det har en helt ensartet konsistens.

Barnet kan begynde at forarbejde mere fast mad efterhånden som dets gummer hærdes, og tungens bevægelser udvikles, så det kan transportere maden sikkert ud til tyggefladerne. Som regel er det også ved at få tænder. Tungen transporterer efter 'tygning' maden tilbage til tungens midterste del, parat til et fødebollesynk.

Sidste trin i tyggeudviklingen er de malende tyggebevægelser og tungens rensende og hentende evne. Denne del af udviklingen er færdig, når barnet er ca. 1 år gammelt. Nu kan barnet tygge mere komplicerede fødeemner, f.eks. rugbrøds hapsere med kødpålæg.

Den neofobiske fase (den kræsne fase)

I starten skelner barnet ikke mellem mad og ikke-mad. Det kan finde på at spise fluer eller nullermænd.

Barnet lærer efterhånden at skelne, hvad der er mad og begynder at kunne rubricere det i grupper - frugt, brød, grønt, slik osv.

I starten af skemadsperioden kan man normalt servere diverse sammenblandinger, uden at barnet reagerer negativt – så længe smag og konsistens er acceptabel, men omkring 12-14 måneders alderen vil barnet pludselig ikke have maden blandet sammen længere (den neofobiske fase). Fasen stammer helt fra urtiden, hvor det lille barn havde behov for beskyttelse mod farlig mad på det tidspunkt, hvor det selv kunne begynde at komme omkring og samle mad.

Barnet vil nu helst have maden serveret adskilt, og måske afviser barnet mad alene pga. udseendet. ”Det kan jeg ikke lide” er et typisk udsagn, selv om barnet end ikke har haft maden i munden. Denne fase klinger som regel af igen i løbet af måneder til år, men hos nogle børn varer denne fase ved meget længe.

Beskrivelse af kroppens 8 sanser og 2 sansesystemer

Kroppen har 8 grundlæggende sanser, den gør brug af hele tiden. Kroppen anvender sanserne i 2 sansesystemer, som den ubevidst skifter imellem, alt efter hvilken situation/stemning, den er i.

Sanserne dannes i fostertilstanden, modnes i den sidste tid før fødslen og udvikler sig op gennem barndommen. Alle sanser skal bruges jævnlige for at fungere godt – ikke bare i barndommen, men gennem hele livet.

Mennesket lærer nyt ved at være i aktivitet – altså ved at bruge kroppen og/eller hjernen. Det er vigtigt at være i aktivitet, men det er lige så vigtigt at krop og hjerne holder pause ind imellem. Holdes der ikke pause, når det er tiltrængt, bliver det sværere og sværere at rumme de næste indtryk. Dette er specielt vigtigt, hvis man har et særligt sensitivt nervesystem uanset årsagen.

Krop og hjerne har også behov for søvn, idet søvn er en vigtig del af restitutionen. Får mennesket ikke sovet nok i løbet af døgnnet, og får det ikke i løbet af søvnen bevæget sig igennem det faste mønster – falde i søvn/dyb søvn/drømmesøvn - har det en negativ indvirkning på kroppens og hjernens evne til at rumme de indtryk, der modtages i de næste vågne timer. Jo mindre mennesket/barnet er, jo mere søvn har det brug for.

De 2 sansesystemer består af:

- Leg, nyd og lær systemet = komfortzonen (grøn) – det diskriminerende
- Kæmp eller flygt systemet = højt alarmberedskab (rød) – det beskyttende

På en helt almindelig hverdag vil et menneske med et normalt reagerende sansesystem være i komfortzonen (grøn) det meste af tiden. Kroppen skifter kun til højt alarmberedskab (rød), når man oplever, at der er fare på færde. For de særligt sensitive børn kan skiftet til rød ske ofte og hurtigt.

De 8 sanser:

- Syns sans
- Høre sans
- Lugte sans
- Smags sans



- Føle sans (= taktil sans)
- Balance- og bevægelses sans (= vestibulær sans)
- Muskel- og led sans (= proprioceptiv sans)
- Interoceptiv sans (fornemmelse for hvad, der sker i kroppens indre – bl.a. sult og mæthed)

Eksempel på sansernes påvirkning og skift imellem de 2 sansesystemer

2 børn i børnehavealderen leger jævnbyrdigt og fredeligt sammen på stuen i børnehaven. De hygger sig med legen og deles om legesagerne. De bevæger sig og kommunikerer på en venlig måde svarende til, hvad der er relevant for legen. De er tydeligvis i komfortzonen (grønne).

Pludselig bliver de uenige om et eller andet. Stemmelejet stiger, bevægelserne enten stopper eller bliver hurtigere. De bliver meget frustrerede, begynder måske at græde eller bliver aggressive - alt efter om kontroversen har sendt dem i forhøjet beredskab (gul) eller alarmberedskab (rød).

Selv en lille stimulus fra det ene barn kan afføde en stor reaktion hos det andet barn i en sådan konflikt. En ny og uventet stimulus – f.eks. pædagogen, der lægger en hånd på det ene barns skulder, kan få barnet til at hoppe i vejret af forskrækkelse eller få det til at slå ud efter pædagogen (rød reaktion). En reaktion, barnet ikke ville have haft, hvis samme stimulus var givet, mens der stadig var i gang med legen (grøn). Så snart pædagogen har fået etableret god kontakt, og barnet har fået hjælp til at tackle sine følelser, vil det igen være rart at blive rørt.

Sanserne hos det normalt fungerende barn

Det lille spædbarn er allerede ved fødslen i stand til at bruge alle sine sanser. Spædbarnet har i starten en meget lille mental og fysisk udholdenhed, og barnet styres af de basale behov. Det kan modtage og bearbejde de sanseindtryk, der omgiver det og kan "sige fra", når det er mæt af indtryk.

Over tid udvikler barnets sanser sig og samtidig også evnen til koncentration og fordybelse, selv om der foregår andet omkring det. Barnet vil være i stand til dette, fordi det ikke bare modtager sanseindtryk, men også sorterer, bearbejder og udvælger hvilke, det skal forholde sig til/reagere på og hvilke, det skal ignorere.

Sanserne hos de for tidligt fødte børn (præmature)

Nogle for tidligt fødte børn har problemer med at sortere og bearbejde sanseindtryk. De præmature børn har typisk et sart sansesystem, fordi de er født på et tidspunkt, hvor sansesystemet ikke er modnet helt. De ekstremt præmatures sansesystem er end ikke færdigdannet på fødselstidspunktet.

En faktor, der også kan være en medspiller i det præmature barns sensitivitet, er forløbet efter fødslen: Jo tidligere barnet er født, jo større sandsynlighed er der for, at det gennemgår en periode med intensiv behandling og massiv håndtering, før det bliver udskrevet til hjemmet. Personalet på neonatal-afdelingerne er meget opmærksomme på at håndtere de små så skånsomt som muligt, men tilværelsen er unægtelig noget anderledes, end hvis barnet var forblevet i livmoderen tiden ud.

Sanserne hos de særligt sensitive børn (mature)

Børn, der født er til tiden, og som har en særlig/fysisk sensitivitet, har været sværere at forklare. De seneste års forskning tyder på, at barnet er født med den særlige fysiske sensitivitet som en del af det sensitive personlighedstræk.

Som tidligere omtalt i bogen, beskriver den amerikanske psykolog Elaine N. Aaron i sine bøger, at ca. 15-20 % af befolkningen er særligt sensitive, hvilket jo må siges at være ganske almindeligt. Elaine Arons test: 'Er dit barn særligt sensitivt?' kan findes på HSP foreningens hjemmeside: www.hsp-foreningen.dk. HSP = Highly Sensitive Person.

Nogle af de særligt sensitive børn er så sarte på deres sanser, at det giver problemer i forhold til at fungere godt i det daglige liv. Når det er tilfældet, kalder man det ikke længere særligt sensitive træk, men i stedet sanseintegrationsproblemer.

Sansemotorisk vurdering

For at få et godt indblik i hvilke sanser, der er overreagerende, hvilke der er underreagerende samt om barnet forholder sig aktivt eller passivt til de stimuli, de udsættes for i dagligdagen, kan det være en god ide at undersøge det nærmere. Det kan ske ved at anvende en "sensory profile" (på dansk sensorisk profil).

Barnets sensoriske profil findes ved at personer tæt på barnet udfylder et spørgeskema (typisk forældre samt pædagoger eller lærere).

Skemaet analyseres derefter af børnefysioterapeuter eller børneergoterapeuter. På baggrund af profilen giver terapeuterne praktiske råd og vejledning til forældre, pædagoger og lærere. De kan også iværksætte sanseintegrationsbehandling, hvis det skønnes nødvendigt. Testen er udviklet af Winnie Dunn, professor i ergoterapi.



Gennem en sensorisk profil dannes der et nuanceret billede af barnets problemområder, så det er muligt at finde ud af, hvor der skal skrues op ved at tilføre flere stimuli, og hvor der skal skærmes i forhold til aktiviteter i dagligdagen. Det gør det lettere for både forældre og behandler at hjælpe barnet. Når barnet får den rette mængde stimuli og hjælpes til pauser, når det nærmer sig overstimulation, vil det oftere og i længere tid være "grøn" have det bedste grundlag for at udvikle sig på den gode måde.

Når man skal hjælpe et barn med spiseproblemer, er det utroligt vigtigt, at barnet er i komfortzonen "grøn zone" mest muligt i løbet af dets hverdag og absolut vigtigt, når det er i nærheden af mad. Hvis barnet er i forhøjet beredskab - "gul zone" eller endnu værre er i alarmberedskab "rød zone", så er det meget svært at udvikle sig, spise ny mad, spise sig mæt osv.

Børn med sanseintegrationsproblemer har tendens til at gå fra grøn (komfortzonen) til rød (alarmberedskab) meget pludseligt. Det har betydning for deres tilgang generelt til aktiviteter i deres dagligdag og ofte også til mad. Udvikling sker ved at forlade den trygge komfortzone og bevæge sig ud i nærmeste udviklingszone – f.eks. nærme sig ny mad (se på, røre ved, lugte til, slikke på, putte i munden, tygge på og spytte ud eller tygge og synke en enkelt mundfuld). Det er helt normalt at barnet efter kort tid med den nye mad trækker sig tilbage til komfortzonen og fortsætte med at spise den velkendte mad.

De børn, som har væsentlige problemer med at spise (kræsenhed, madfobi, spisevægring), er blandt de 4-6 %, der har sanseintegrationsproblemer. De er næsten altid sarte på mere end én sans, hvoraf berøringssansen er den ene. De bliver f.eks. let overstimulerede pga. manglende filtrering af sanseindtryk, de kan ikke lide at blive beskidte, de har svært ved at koncentrere sig om en ting osv.

Hvis en af de problematiske sanser er berøringssansen, får børnene ofte svært ved at lære at spise grød, reagerer kraftigt på den mindste klump/krumme i maden, har svært ved at spise mad med flere konsistenser og bliver som følge deraf kræsne eller ligefrem madfobiske/spisevægrende.

De særligt sensitive børn (både de præmature og mature) tager ekstra mange sanseindtryk ind, de registrerer næsten alt det, der sker med dem og omkring dem. Derfor bliver de nemt overstimulerede – de går fra grøn til rød zone. Man skal være ekstra opmærksom på at berolige og afskærme disse børn i det daglige. Når de bliver overstimuleret, er det svært for dem at finde ud af hvilke stimuli, der er relevante at forholde sig til, og hvilke, der ikke er. Det nedsætter igen evnen til at holde fokus og koncentration på det, de er i gang med. Så formår de ikke at mærke, hvornår nok er nok og derpå trække sig. De får derved ikke holdt de vigtige mentale og fysiske pauser, hvor krop og hjerne restitueres. De har også tit svært ved at overgive sig til søvnen. Når de endelig falder i søvn, så sover de ofte afbrudt og vågner måske op ved den mindste lyd.

Forskellige sansereaktionsmønstre

Børn med sanseintegrationsproblemer kan have forskellige reaktionsmønstre, når de bliver overstimulerede. Nogle bliver urolige og græder måske. Nogle bliver hyperaktive eller destruktive, andre bliver passive, stille og trækker sig måske fra kontakten. Alle reaktioner er udtryk for stress.

Kroppen reagerer på de overvældende stimuli ved ubevidst at skifte til det beskyttende system (rød zone), selv om der ikke er tegn på fare, som den voksne kan opfatte. Barnet kan have svært ved at "tale sig selv til ro" – og blive grøn.

Disse overreagerende reaktionsmønstre er uhensigtsmæssige, idet det ikke er sundt at være i alarmberedskab så meget af tiden. Barnet kan ikke slappe af, og dermed har det ikke mulighed for at holde pauser eller restituere sig, og der er heller ikke mulighed for at nyde, lege, lære eller spise, drikke, sove og udvikle sig.

Barnet kender ikke til andre måder at reagere på. Samtidig har den voksne svært ved at forstå barnets reaktioner, fordi de er anderledes end forventet. Den voksne kan ofte ikke opfatte de stimuli, som får barnet i rød zone.

Til problemstillingen hører også, at reaktionerne på de for mange stimuli kan komme med det samme eller først komme som en forsinket reaktion – dvs. flere timer efter eller måske først til natten. Den forsinkede reaktion er desværre ret ofte forekommende, og det gør det svært at forstå, hvad der sker - både for dem, der har set barnet (tilsyneladende) have det fint om dagen (f.eks. på legepladsen i vuggestuen) og for de forældre, der står med det overstimulerede og frustrerede barn, som slet ikke kan falde til ro/falde i søvn, og som måske også får en meget urolig nat.

Typiske spiseproblemstillinger - og reaktionerne på dem

Børnenes adfærd

Det er helt normalt, at børn som led i deres naturlige udvikling er kræsne i en periode. Det er også normalt, at børn i kortere perioder spiser mindre eller fravælger visse fødeemner, hvis der er en naturlig årsag (feber, ondt i halsen osv.)

De børn, jeg skriver om her, har flere/mange af nedenstående problemer i længere tid (eller måske hele livet):

- trives ikke (vækstkurven bøjer måske af)
- spiser aldrig nok (eller spiser nok, men så ensidigt, at der er risiko for fejlnæring)
- melder sig ikke til måltiderne
- følger ikke den normale motoriske udvikling
- udvider ikke sit sortiment af mad
- har tendens til brækrefleks ved introduktion til ny mad eller ved starten af måltidet
- vægrer sig mod at spise, selv om det tydeligt er sultent
- vælger måltider fra, hvis der ikke er kendt mad på bordet
- vil aldrig/næsten aldrig smage på ny mad
- spiser kun nok, hvis det er under afledning/søvn eller under pres

Børn med sansemotoriske problemer har hver især deres egen unikke sammensætning af sansesartheder, men ofte forekommer spise problemerne samtidig med søvn problemer og problemer med blære og/eller mave/tarm.

Børnene er ikke glade for at spise – og når de spiser, er det oftest et meget begrænset repertoire og mængden er beskedent. De kan have yndlingsretter, men selv dem spiser de sjældent nok af. De har svært ved at mærke, at de er sultne. Forældrene påtager sig ansvaret for barnets spising i længere tid, end man normalt gør i et barns udvikling. De kommer ofte til at nøde, presse og minde barnet om, at det skal spise.

Børnene spiser ofte simpelt opbygget, ensartet og tør mad, der ikke frembringer overraskelser ved spising. Det er typisk mad, der er fed/sød eller fed/salt og består mest af kulhydrater.

Nogle af børnene tygger maden mange gange, nogle skyller maden ned med væske, andre sluger maden næsten uden at tygge. De har ofte et atypisk spisemønster, hvor de forsøger at undgå berøring af tungens midterste del og nogle gange også ganens forreste del. Det kan dog være, at lige præcis den mad, som de er vant til/tryk ved, spises med normal metode. De er ofte afhængige af, at maden er ens fra gang til gang. Det bevirker, at de gerne vil have halv- eller helfabrikata, samt at de ofte kræver, at maden (hvis den er hjemmelavet) er lavet helt ens fra gang til gang.

Børn med spiseproblemer er mistroiske eller fobiske over for ny mad og har ofte katastrofelignende reaktioner på selv små forandringer i opskriften eller udseendet på kendt mad. Jo ældre børnene bliver, jo mere markant bliver spiseproblemet. De bliver efterhånden eksperter i at spise få/kendte madvarer og bliver mere og mere afvisende overfor mad, de ikke i forvejen er trygge ved at spise.

Børnene sidder tit uroligt på stolen ved måltiderne. De er ukoncentrerede og vil hurtigt ned. Det er tegn på utryghed og forventningspres og mærkes som et sansemæssigt forhøjet alarmberedskab. De mindre børn har tendens til at smide mad og evt. bestik og tallerken på gulvet for at slippe af med maden. De større børn trækker sig fra måltiderne, hvis de kan komme til det, eller er ukoncentrerede ved bordet. Ofte



snakker de en del eller driller søskende for at få fokus væk fra maden. Det er sjældent bevidste handlinger, men reaktionsmønstre, der er opstået undervejs i opvæksten. Barnet behøver ikke at have alle symptomerne for at have et væsentligt og behandlingskrævende spiseproblem.

Spiseproblemer kan opstå meget tidligt – faktisk allerede når den lille baby skal begynde at die. En effektiv sutteteknik består af både sug (vakuum) og tungebevægelse (tungen kører rytmisk frem og tilbage og malker derved brystet).

Hvis barnet ikke dier effektivt, får det ikke nok at spise. Det frustrerer barnet og bekymrer moderen. Hun kan også få hul på brystvorten, hvilket giver smerter og problemer med at kunne lægge baby til efterfølgende. Når mor er bekymret og/eller har smerter, får mælken sværere ved at løbe til.

Det kan være forskellige ting, der er årsag til problemerne:

Den lille baby kan bruge suget (vakuum) mere end tungen. Det kan skyldes både stramt tungebånd og ubehag ved berøring på tungen. Når suget er kraftigere end suttet, griber gummerne efter al sandsynlighed kraftigere rundt om brystvorten, og der er derved risiko for, at der opstår sår på basis af brystvorten eller i kransen lige rundt om.

Den lille baby kan have ubehag ved berøring på tungen. Pga. tungens udformning og placering i munden, hvor tungespidsen altid er i berøring med gummerne, er det ikke spidsen, der er problemet, men den midterste del. Babyen trækker tungen tilbage og ned i munden for at undgå berøring. Derved er det kun tungespidsen, der laver den rytmiske tungebevægelse ved amning. Brystet vil typisk reagere på den dårlige teknik ved at "lukke for mælkebaren" for at spare på de gyldne dråber, til der er reel efterspørgsel på et senere tidspunkt.

Gør tungen ikke det, den skal (fordi den ikke kan komme op til ganen på grund af stramt tungebånd, eller fordi det er ubehageligt med berøring på tungen/i ganen), så tager ganens top ikke form efter tungen. Ganen er smal, når man fødes (hovedet klemmes ud gennem fødselsvejen) og formes (bredes ud) efterhånden som tungens bevægelser i munden "kører den til" – lidt lige som en sko, der former sig efter foden.

Den høje smalle gane fortil i munden giver ofte problemer ved opstart af skemad, fordi baby ikke er vant til berøring forrest i ganen og dermed er ekstra sensitiv der. Hvis forældrene placerer grøden i munden, klistrer den fast oppe i hulningen i forbindelse med tungens forsøg på at håndtere grøden, og det udløser et en brækrefleks eller i grelle tilfælde regulær opkast. Hvis dette sker mange gange, kan barnet få negative forventninger til skemad og vil forsøge at undgå at få skemad ind i munden ved kun at nippe af spidsen af skeen, holde munden næsten eller helt lukket. Forældrene vil fortsætte deres forsøg på at give skemad og måske give mad, når barnet af anden grund har munden åben (f.eks. grin, gab eller gråd). Det forværrer bare situationen yderligere.

Børn, der har ubehag ved berøring af tungens midterste del (og nogle gange også af ganen), udvikler ofte to uhensigtsmæssige alternative måder at spise mad på - "formunds-spisning" og "hamster-spisning". De udvikles for at undgå, at maden lægges på den midterste del af tungen. Det gør det nærmest umuligt at spise, idet barnet ikke synker effektivt, hvis ikke maden er placeret på rette sted, når synket startes.

Refluks

Nogle børn har Gastro esophageal refluks – kaldet GER (tilbageløb fra mavesækken), fordi deres øverste mavemundsmuskel ikke er modnet og derfor ikke kan modstå trykket for væske og mad i maven. Det er ofte det, der er skyld i, at babyer gylper. Det kan dog også være overfodring, der gør, at babyen ikke har plads til mere i mavesækken og derfor gylper maden op.

Børn, der gylper deles op i to grupper: Den "glade gylper" og den "ikke glade gylper".

Den "glade gylper" ser man ikke som et problem, selv om der kan være rigtig meget gylp i et barn!



På et tidspunkt bliver den "glade gylper" fri for gylperiet, fordi mavemunden modnes. Hvis ikke det sker, ender barnet som den "ikke glade gylper", fordi belastningen på spiserøret bliver værre. Nu kaldes det for GERD (gastro eosophagal reflux disease).

De "ikke glade gylpere" er frustrerede og græder ofte meget. De har ondt, og ofte giver problemerne afsmittende virkning på søvnen, fordi syrepåvirkningen bliver værre, når barnet lægges ned. Man kan for det meste høre væsken køre op og ned i spiserøret, når barnet ligger ned. Jeg tror, at der bag diagnosen kolik gemmer sig en del børn med uopdaget GERD.

Den "ikke glade gylper" gylper ikke nødvendigvis altid, men den syreholdige væske kører frem og tilbage og generer spiserøret. Det kan give ætsninger og sår i spiserøret. Nogle børn gylper, men man kan ikke se det, fordi gylpen kun når op i mundhulen og synkes igen (som når vi voksne får et surt opstød).

Børn med refluks får ofte negative koblinger til mad, fordi det gør ondt efter et måltid. De er derfor også rigt repræsenteret i gruppen af børn med spiseproblemer. Der er faktisk også en del overspisende babyer med diagnosen GERD, fordi mælken lindrer på syresymptomerne – men det varer kun kort, så forsvinder virkningen af mælken og smerterne kommer igen.

Forsinket og anderledes udvikling i munden

Det er vigtigt, at man finder barnets motoriske udviklingstrin i forhold til mund og svælg. Børn med spiseproblemer stagnerer typisk undervejs i den normale udvikling, der sker i det 1. leveår. Langt de fleste børn, jeg har startet i behandling, er stoppet ca. 7-9 måneder henne i processen.

De større børn har som regel lært sig at spise ganske få og rimeligt simple fødeemner på en normal og alderssvarende måde. Men de kan ikke formå at udvide sortimentet til nye madvarer. Man kunne kalde dem for "mærkevare-spisere", idet de er afhængige af, at maden er helt ens fra gang til gang – og det er industrifremstillet mad jo, så det er ofte den slags mad, de foretrækker – til stor fortrydelse for de forældre, der sætter sund kost i højsædet og gerne laver hjemmelavet mad.

Hvordan opnå ny udvikling i munden?

Det er vigtigt at forklare de større børn og de voksne, hvorfor det er så svært for barnet at spise næsten al slags mad. De små børn får ikke nogen forklaring. Hos dem sættes udviklingen i gang ved at forældrene ændrer adfærd og metoder ved måltiderne.

Barnet skal lære at lytte til kroppens signaler, så det ikke overskrider sine grænser og ikke befinder sig i nærmeste udviklingszone for længe ad gangen.

De voksne skal lære at ændre adfærd, så barnet selv styrer udviklingen. Når barnet selv styrer udviklingen, er forældrenes påvirkning/pres/nødning fjernet, og derved er det lettere for barnet at være i komfortzonen (grøn) i starten af måltidet og lettere for det at vende tilbage til at være grøn senere i måltidet, når det har forsøgt sig med ny mad (nærmeste udviklingszone)

Forældrene skal også lære at forarbejde maden, så den er inden for barnets mundmotoriske kompetencer. Forældrene skal huskes på, at de fortsat skal sætte de overordnede rammer for måltiderne, men indenfor rammerne skal barnet være selvstændigt spisende.

Hvor tidligt kan man spotte et spiseproblem?

Nogle spædbørn har sutteproblemer helt fra fødselstidspunktet, men som regel starter problemerne ved udviklingen til bevidst spisning i 6-8 ugers alderen.

Hvis barnet opstarter behandling inden overgangen til fast føde ca. 4-6 måneder gammelt, er det som regel muligt ved hjælp af mundstimulation at lære det at sutte effektivt. Barnet vil derefter have lettere ved at tolerere en blød ske i munden, når det skal i gang med skemaden og derved få skeen længere ind i munden, så maden ligger det rigtige sted, når der skal synkes.

Når barnet er vant til at spise med den bløde ske, kan forsøge med hårdere plasticskeer og til sidst kan det spise med vanligt bestik.

Hvis barnet vægrer sig for meget mod mundstimulationen, er det muligt, at det selv kan tilvænne sig berøring på de sarte områder i munden ved at bruge biderangle - helst halvbløde biderangler m. dupper på. Gode silikon biderangler (chewytubes rød D form eller grøn T form) og meget bløde babyskeer (flexyspoon mini shore 70) fås ved firmaet www.birdhouse.dk. Det er en god ide at købe 2 skeer, så barn og forælder kan have en hver.

Kan det være for sent at behandle?

Det tror jeg ikke.

I starten behandlede vi kun spæd- og småbørn, men i dag ser jeg også teenagere, der selv ønsker kunne spise det samme som kammeraterne. De er næsten alle blevet mere fortrolige med mad og spiser større mængder og større variation. Det skal dog siges, at jo længere tid børnene har levet med problemerne, jo mere har det præget deres personlighed, vaner og rutiner, og jo sværere kan det være at ændre på.

Forældrenes situation

Det kommer let til at lyde, som om det kun er børnene, der har et problem. Men faktum er, at børnene kun skal have et spiseproblem i ganske kort tid, før det har en afsmittende virkning på forældrene og på samspillet. Der vil i løbet af kort tid være problemer med både barnets spisning (eller mangel på samme) og med de relationer, der er mellem barn og forældre, når der er tale om måltids/mad relaterede interaktioner. Det kan dog også trække relations problemer med over i andre sammenhænge. Det kan være i forhold til selvstændighed/egen omsorg, hvor forældrene har en tendens til at hjælpe barnet lidt mere end relevant for alder og udvikling. Derved kan barnet faktisk holdes lidt tilbage i forhold til opbygning af kompetencer og problemløsningsevne. Hvis forældrene ofte kompenserer for barnets problemer, kan barnet vænne sig til at forældrene ved bedst/kan bedst, og kan få for vane at appellere til dem om yderligere for hjælp.

Forældrene ender ofte ud med at resignere helt i forhold til mad og giver børnene det, de kan/vil spise. Derved opstår der ofte en tvedeling ved måltiderne, hvor barn og forældre har hver deres måltid, selv om de sidder ved samme bord. Hvis forældrene insisterer på et fællesmåltid, spiser barnet den ene eller få ting, der står på bordet, som det er tryk ved. Nogle gange kan forældrene lokke/presse barnet til at smage eller spise lidt andet mad, end det selv vil spise. Men mængden er lille, madlysten ikke tilstede - barnet spiser for forældrenes skyld.

Forældrene bekymrer sig naturligvis, når deres barn ikke spiser nok og er kræsent. De ender tit med at acceptere særlige vilkår for at opnå, at barnet spiser – f.eks. belønning, nødning, afledning, spisning under søvn (babyer, der ammes eller får flaske), forkælelse osv. Nogle børn resignerer og spiser lidt af det, forældrene insisterer på, men de gør det kun for deres forældres skyld. Forældrene ender nogle gange med at tro, at det er dem, der er noget galt med, når ingen af deres tiltag ændrer væsentligt på barnets adfærd/spisning.

De fleste familier har været igennem en fase med tvangsfordring – et grimt ord – men ikke desto mindre er det ofte det, der er foregået eller fortsat foregår. Når de har forsøgt at lokke, trygle, nøde, snyde, belønne osv. så ender de med at sætte hårdt mod hårdt og forlange eller presse på, til barnet spiser noget. Det har desværre en meget negativ effekt.

I vuggestuen, børnehaven, skolen og skolefritidsordningen får forældrene tit negative bemærkninger, fordi barnets madpakke er usund og ensformig. De forsøger som regel at efterkomme de forskelligartede råd, de har fået omkring optimering af kost og/eller mere tydelig pædagogik, men har sjældent succes med det.

Intervention i forhold til sansemotoriske spiseproblemer

Behandling eller ej?

Kan problemerne gå væk af sig selv? I de milde tilfælde ja, hvis barnet tackles pædagogisk korrekt og føler mestring og medbestemmelse. Nogle børn lærer også at spise rimelige mængder og får tilstrækkelig variation selv under pres.

Man skal således ikke se problemer alle vegne! MEN – har problemerne stået på længe, og er der ikke en udvikling i den rigtige retning, er der stor sandsynlighed for, at det ikke lige går væk af sig selv.

Kan man leve med det? Det gør mange børn jo allerede, men livskvaliteten kan være påvirket i mindre eller større grad. Det faktum, at de større børn kan spise nogle fødeemner helt normalt og samtidig nægter at spise andre næsten magen til, gør det svært for forældrene at forstå og at tage spiseproblemerne alvorligt.

Man bør tilbyde behandling i de tilfælde, hvor spiseproblemerne påvirker barnet og familien i væsentlig grad. Det er op til familien at rådføre sig med den praktiserende læge og/eller sundhedsplejersken i det enkelte tilfælde.

Det er vigtigt at understrege, at barnet skal være ordenligt udredt, før en behandling for spiseproblemer sættes i værk. Forældrene opfordres derfor altid til at fortsætte med de trivselskontroller/undersøgelser, som allerede pågår eller er planlagt. Hvis jeg som behandler får mistanke om problemstillinger, der kræver



medicinsk/kirurgisk intervention, beder jeg forældrene kontakte egen læge eller den børneafdeling, de er tilknyttet mhp. afklaring.

Det er dog muligt at starte behandling på visse områder, samtidig med udredning. F.eks. at barnet bliver hjulpet til større selvstændighed i fht. mad, så det kommer til at røre og gøre mest muligt på egen hånd. Forældrene vejledes også i at tilbyde barnet mad, der netop passer til det udviklingstrin, det er nået til i munden. Jeg kan også hjælpe forældrene med at gøre barnet mere alderssvarende selvhjulpent ved at vejlede pædagogisk.

Det er vigtigt, at behandlingen sættes i værk i den rigtige rækkefølge, at der sættes ind på det rigtige niveau (nærmeste udviklingszone) samt at alt sker i et overkommeligt tempo, så både barn og forældre oplever mestring og får tro på, at det er muligt at lære at spise bedre/mere.

Hvis barnet ikke fejler noget fysisk, og der ses tegn på relationelle eller følelsesmæssige problemstillinger, sker det, at barnet henvises til psykiatrisk udredning og behandling. Her er det primære fokus på adfærd, relationer, følelser, fobier og lignende.

Det danske behandlingssystem

Hos de små børn er det ofte sundhedsplejersken, man som forældre først har kontakt med, når barnet ikke spiser nok. Kan hun ikke hjælpe, beder hun forældrene henvende sig til egen læge.

Når de bekymrede forældre henvender sig til den praktiserende læge, forsøger vedkommende som regel at snakke forældrene til ro og vil gerne se tiden an. Hvis barnet fortsætter med at mistrives (vægtstagnation eller vægttab) henviser lægen barnet til børneafdelingen eller speciallægen.

Ved akutte problemer henvises der dog straks til børneafdeling eller privatpraktiserende speciallæge i pædiatri eller barnet bliver indlagt akut.

Barnet udredes for om der er en medicinsk eller organisk årsag til spiseproblemerne og hvis der findes en årsag, der kræver medicinsk eller operativt behandling, igangsættes denne.

Ofte finder man dog ikke en medicinsk/organisk årsag, der kan forklare, hvorfor barnet spiser så lidt eller ensidigt. Jeg oplever også, at man finder en organisk årsag (f.eks. mælkeallergi eller hvedeallergi), men at der ikke sker en væsentlig ændring i forhold til spiseproblemerne trods indførelse af diæt eller medicinsk behandling.

Der er rigtig mange forældre, der i forløbet føler sig anklagede for dårlige forældreevner, fordi de har et barn, som ikke vil spise, har svært ved at sove, ofte får frustrationsnedsmeltninger osv. Mange får at vide, at de forkæler deres børn, og at de er for symbiotiske eller beskyttende.

Den fremherskende opfattelse i det etablerede sundhedssystem i Danmark er, at der enten er tale om et relationelt problem, et følelsesreguleringsproblem eller et fysisk problem, når et barn var kræsent/spisevægrende. Man har derfor fokuseret på enten pædagogisk vejledning, psykiatrisk behandling eller somatisk behandling

Den pædagogiske vejledning har haft hovedfokus på opdragelse, det gode måltid samt forældre styring. Den psykiatriske behandling har haft hovedfokus på forældre/barn relationer og på følelsesreguleringsproblemer hos barnet. Den somatiske behandling har haft hovedfokus på behandling af organiske årsager (mave-tarm sygdomme, allergier, intolerancer, forstoppelser) og diætetisk vejledning, hvor fokus har været på optimering af kosten – bla. øget indtag, større variation, korrekt ernæring,

energiberigelse og specialkost. Det har været accepteret at anvende kompensationer i form af afledning, belønning, spisning i søvne samt andre kreative måder at få mad i barnet på, fordi fokus har været på trivsel/vægt/højde. Ofte anbefaler diætisterne, at barnet supplerer kosten med specielle energidrikke. Det giver ekstra kalorier, men fremmer ikke den naturlige udvikling i munden.

Forebyggelse/tidlig indsats

Hvis man i Danmark vidste mere om, hvor stor betydning sansemotoriske problemer har for barnets normale udvikling – herunder også mundens udvikling og dermed spiseudviklingen –er jeg sikker på, at man ville kunne undgå en del af de spiseproblemer, som børn har i dag.

Forebyggelse kan ske i form af en ganske simpel mundundersøgelse, der kan udføres samtidig med tjek for stramt tungebånd.

Hvis sundhedspersonalet, der vejleder i fht. barnets første måltider (på sygehusene og i kommunerne), var mere vidende om tungens funktion og udvikling, ville de nok være mere opmærksomme på at få mundundersøgt de babyer, der ikke er kommet godt fra start med amning/flaske.

De ville nok også iværksætte vejledning i mundstimulation til forældrene, hvis de ved undersøgelsen opdager, at barnet sutter ineffektivt og trækker tungen tilbage i munden. Mundstimulation (= et lille "opvarmningsprogram" der udføres forud for måltider i en kort periode) vil hjælpe barnet til at få en mere effektiv suttefunktion og derved bedre både barnets indtag af næring og bedre stemningen ved døgnet mange måltider.

Når barnet sutter effektivt ved mors bryst eller på flaske, vil kombinationen af tungens bevægelse på brystvorten og kindernes sug gøre tungen mere parat til de forestående udfordringer med den første skemad.

Det optimale tidspunkt for opstart af andet end modermælk/modermælkserstatning er, når barnet både fysisk og mentalt er klar. Det ses bl.a. ved, at barnet begynder at kigge efter fars og mors spisning/mad. Det griber måske også ud efter maden eller begynder at smaske ved synet af maden.

Undersøgelse

Hvis den tidlige indsats ikke har haft tilstrækkelig virkning, og spisningen er gået i hårdknode for mor og barn, fortsætter problemerne, og der er risiko for, at de kan blive til et mere kronisk spiseproblem.

Hvis der er tale om et større barn, der har haft spiseproblemer længe, er det vigtigt at undersøge grundigt og så vidt muligt finde frem til alle de tilgrundliggende årsager – også selv om opstarten ligger år tilbage. Der skal kigges på både barn, forældre og samspil.

Det er vigtigt at finde barnets udviklingsniveau på mange områder, deriblandt det mundmotoriske udviklingsniveau. Derved er det muligt at finde ny mad, som det med størst sandsynlighed vil kunne mestre.

De fleste børn med spiseproblemer er gået i stå undervejs i den mundmotoriske spiseudvikling - inden udviklingen er tilendebragt ved 18 måneders alderen – de fleste hænger fast på et udviklingstrin omkring 7-10 mdr.



Når man har fundet frem til barnets forskellige udviklingsniveauer, er det muligt at tilpasse omgivelserne, maden, adfærden osv., så barnet befinder sig mest muligt inden for sin komfortzone. Derfra er det muligt at kompetenceudvikle, ved at barnet får små udfordringer tæt på grænsen til dets formåen = nærmeste udviklingszone, hvorefter det vender tilbage til den trygge komfortzone, for igen at nærme sig grænsen osv. = NUZO principperne. Det er nemlig først, når barnet føler, at det mestrer og er i kontrol, at det er muligt at starte en positiv udvikling. De udviklingstrin, børn normalt gennemgår, når de lærer at spise, skal deles op i endnu mindre trin, så de bliver overkommelige for det sansesarte barn.

Det kan være en stor hjælp at kortlægge barnets sansemotoriske udfordringer, så man ved, på hvilken måde barnet bearbejder sanseindtryk - om det har en høj eller lav tærskelværdi for stimuli (om det let bliver overstimuleret, eller om der skal meget til, før det registrerer stimuli) - om det er aktivt eller passivt i fht. stimuli (om det overrumples af stimuli eller aktivt fravælger stimuli).

Overordnet beskrivelse af behandling

Det er ikke muligt eller ønskværdigt at sætte ind på alle problemområder på en gang. Det vil påvirke børn og forældre for meget. Det er derfor vigtigt at foretage ændringerne/behandlingen i en rækkefølge og en mængde, som familien magter, så alle kan følge med udviklingen - og føle at de mestrer. Da behandlingen videreføres i dagligdagen af forældrene, er det meget vigtigt, at de tilegner sig viden, der gør dem i stand til at graduere og evaluere på egen hånd.

Der er følgende hovedfokusområder:

- Barnet skal kunne mestre maden i fht. mundmotorisk udvikling (derved mindskes risiko for opkast og fejlsynkning)
- Barnet skal spise selvstændigt (selvbestemmelse og initiativ – også ved bryst/flaske måltider)
- Barnet må spise efter lyst/behov (også selv om det i starten sandsynligvis ikke indtager nok)
- Barnets mad skal være en del af det fælles måltid
- Forældrene skal slippe kontrollen (dog fortsat have det overordnede ansvar for barnets trivsel, så de søger hjælp, hvis barnet kommer i akut mistrivsel – f.eks. bliver dehydreret)

Forældrene har brug for hjælp til at ændre på de uhensigtsmæssige vaner og rutiner, der i dagligdagen har holdt familien fastlåst i en negativ spiral.

I starten kan det være nødvendigt at tænke alternativt i forhold det samlede madtilbud på bordet ved det enkelte måltid. Hvis barnet kun mestrer bløde madtyper f.eks. bløde tern eller smeltemad og kun mestrer én type konsistens i munden ad gangen, kan det være svært at kombinere disse krav til teksturer med familiens øvrige mad. For at barnet kan føle, at det deltager i et fælles måltid, kan det være nødvendigt, at forældrene undervejs spiser lidt af den mad, der er tiltænkt barnet. F.eks. spiser bløde avocadotern (bløde tern) til hakkebøffen eller ostepops (smeltemad) til formiddagsmad sammen med ostemaden.

Efterhånden som barnet formår at spise selvstændigt, ikke føler krav fra forældrene/de voksne om at skulle spise og har opøvet nye kompetencer i fht. konsistenser og tygning, er det muligt at stille mere almindelige menuer på bordet.

Forventningen om, at barnet skal smage på ny mad, skal absolut nedtones i starten. Det sker dog ofte, at barnet hurtigt smager på ny mad uden dog at spise ret meget af det. Barnet bruger sine ressourcer på at lære at spise selvstændigt og spise nok til at blive mæt. Spisning af ny mad kommer derfor først ind senere i forløbet.

Problemer på kort sigt:

Børn, der har haft langvarige spiseproblemer, og som er blevet nødet og presset, vil meget ofte spise mindre i den første tid. Det sker derfor ikke sjældent, at børnene taber sig og samtidig er noget frustrerede, fordi de pludselig skal forholde sig til lavt blodsukker og sultfornemmelse. Det er rigtigt svært for forældrene at være vidne til og kan være angstprovokerende.

Børnene vil ligeledes ofte spise endnu mindre varieret, fordi en del af deres madrepertoire er noget, de har spist for forældrenes skyld, eller fordi det har været krævet af dem.

Fordele på lang sigt:

Ved at arbejde ud fra barnets og forældrenes ressourcer og kompetencer og samtidig udelukkende at bruge positiv forstærkning, opnås en langsom, men stabil fremgang.

Anvendelse af negativ forstærkning i et intensivt forløb giver hurtige resultater, men der er samtidig stor risiko for tilbagefald, når familien vender tilbage i vante rammer. Derfor vil jeg generelt ikke anbefale at anvende negativ forstærkning ved behandling af børn med spiseproblemer. Der kan være få tilfælde, hvor forsigtig og gradvis fjernelse af den mest foretrukne mad kan være nødvendig for at skubbe en smule på barnets udvikling.

Hvis man ved hjælp af positiv forstærkning kan ramme barnets udviklingsniveau og hvis vejledningen til forældrene også rammer deres udviklingsniveau, accelereres barnets udvikling i langt de fleste tilfælde, så barnet indhenter noget af det, det var bagud i forhold til, eller finder glæde ved noget, som før var ubehageligt, som f.eks. at spise nye madvarer, spise sig mæt, indhente sin egen vægtskurve, turde noget på egen hånd osv. Barnet får et selvstændigt forhold til mad.

Det kan tage lang tid at nå helt til munden/maven, hvorfor det er godt at kunne registrere fremgangen via en skala, som man har udviklet på STAR center: Skalaen består af 32 trin, hvor hovedpunkterne er: tolerere – interagere – lugte til – røre ved – smage på – spise.

Det er godt for både terapeuten, forældrene og de større børn at registrere fremskridtene.

Man kan sammenligne fremskridt med delmål, der nås på vejen til det endelige mål. Jo sværere barnet har ved at lære ny mad at kende, jo vigtigere er det at holde øje med delmålene og glæde sig over dem!

Konklusion

Spiserehabilitering, der bygger på familiens kompetencer/ressourcer, og hvor der anvendes positiv forstærkning og små udfordringer (NUZO principper), er en virkningsfuld behandling, hvor barnet lærer at spise mere, mere varieret, lystbetonet og selvstændigt. Det er en proces, der tager tid, så den kræver stor tålmodighed hos forældrene. I tillæg giver rehabiliteringen ofte flere positive "bivirkninger" hos barnet i form af større selvværd, større selvforståelse samt bedre søvn.



Succeskriterier for vellykket behandling:

- Barnet spiser selvstændigt
- Barnet spiser lystbetonet
- Barnet spiser sig mæt
- Barnet udvider sit madrepertoire væsentligt
- Forældrene slipper kontrollen i fht. barnets madindtag
- Forældrene er gode rollemodeller i fht. Spisning/mad

Fremtidig behandling af børn med spisevanskeligheder

Jeg håber - og tror på - at man i Danmark fremover vil kombinere den somatiske og psykiatriske behandling i forhold til børn med spisevanskeligheder på baggrund af sansemotoriske problemer.

Det gør man allerede på begge de behandlingssteder, jeg kender til - i henholdsvis Østrig og USA. Man anvender begge steder viden fra de 2 hovedområder, således at man ved grundig udredning og årsagsgranskning kan afdække, hvordan og hvorfor problemerne er opstået, hvad de består af på undersøgelsestidspunktet, samt lægge en plan for behandlingen, der favner både de oralmotoriske, sansemotoriske, pædagogiske og de relationelle problemområder.

Valg af behandling

Kommunal eller regional behandling?

Hvis barnet mistrives fysisk i en sådan grad, at det også bekymrer den praktiserende læge, henvises barnet formentligt til en pædiatrisk afdeling på af regionens sygehuse. Hvis barnet er under mistanke for en spiseforstyrrelse (f.eks. anoreksi) henvises barnet til en børnepsykiatrisk afdeling på et af regionens sygehuse.

Hvis barnet har væsentlige problemer uden at være i fysisk mistrivsel, bør barnet henvises til kommunal behandling. Det sker desværre alt for sjældent – måske fordi lægerne ikke er vidende om, at de kan henvise til kommunal behandling og/eller kommunerne ikke er vidende om behandlingsmetoderne. Hvis behandlingseksperter ikke findes i den enkelte kommune, er det muligt at ansøge om at få hjælp udefra (f.eks. af undertegnede). Det er servicelovens paragraf 11, stk. 3. der tages i anvendelse, når det handler om konsulentbistand og § 11, stk. 4, når det drejer sig om rådgivning, undersøgelse og behandling.

Behandling i privat regi

Forældrene vælger i stigende grad at få rådgivning, vejledning og behandling hos mig (og kommer i langt de fleste tilfælde til selv at betale), fordi de forgæves har søgt at få hjælp hos det offentlige.

De mødes ofte af sundhedsplejersker eller sygehuspersonale, der har så stort et fokus på højde og vægkurver, at kompensationsteknikker accepteres for at sikre optimal trivsel. Forældrene beskriver, at personalet ofte giver standardvejledninger, som ikke helt passer til deres børn, og som ikke løser problemerne. Forældrene oplever også ofte, at de opfordres til at begynde med eller fortsætte med kompensationsteknikker – igen for at sikre, at barnet trives (f.eks. næringsberige endnu mere, nøde, lokke, aflede, give mad i søvne osv.).

De fagpersoner, der har henvendt sig for at få undervisning, råd og vejledning hos mig, er selv frustrerede over ikke at kunne hjælpe tilstrækkeligt. De er vidende om, at de symptombehandler (ofte i form af energiberigelse, samt vejledning i brug af kompensationsteknikker), men de har ikke tilstrækkelig viden og kunnen til at kunne årsagsgranske bredt og derudfra udarbejde en specifik handleplan, der bevirker at barnet begynder at spise mere, mere varieret, selvstændigt og lystbetonet.

Mono eller flerfaglig behandling?

Det er meget sjældent, at et barns spiseproblemer kan løses ved udelukkende at behandle barnet. Der skal kun være spiseproblemer af ca. 1 uges varighed, før der tilkommer relationelle problemstillinger. Det er således familien som helhed, der skal laves behandlingsplan for.

I nogle tilfælde vil der være behov for flere faggruppers ekspertise for at afdække familiens problemer. Lige meget om behandlingen foregår monofagligt eller flerfagligt, er det vigtigt, at familien føler sig hørt og forstået. Det er lige så vigtigt, at de er med til at lægge behandlingsplanen, så den er mulig at gennemføre i hjemmet, hvor udviklingen jo skal ske. Da langt de fleste børn passes uden for hjemmet i dagtiden – eller går i skole og skolefritidsordning, er det også vigtigt at inddrage relevante personer herfra. Inddragelsen gælder også øvrige familiemedlemmer med tæt tilknytning til barnet – f.eks. bedsteforældre.

Faserne i et typisk behandlingsforløb

Faserne i et typisk behandlingsforløb sker som regel i følgende rækkefølge (nogle gange samtidig). Faserne kan fylde mere eller mindre, alt efter barnets alder og problemernes omfang/karakter.

1. Få selvstændigt ansvar

Det er nødvendigt at fjerne gamle vaner, pres og forventninger, før man kan få barnet til at spise på eget initiativ. Barnet skal jo i en "sen alder" lære, hvad selvstændigt ansvar er i forhold til mad. Det skulle jo allerede have haft ansvaret ca. 6-8 uger gammelt. Forældrene har måske forsøgt at give ansvaret til barnet tidligere, men har oplevet, at der kunne gå mange timer, uden at barnet meldte sig sultent og har så ikke troet, at barnet har magtet opgaven.

Det er helt normalt, at barnet vil stagnere vægtmæssigt eller ligefrem taber sig i denne første fase. Det skyldes flere ting:

- Barnet skal lære, at jo mere det spiser, jo mere mæt og tilfreds bliver det, hvilket giver plads til at kunne koncentrere sig om andet i lidt længere tid
- Barnet skal lære at overkomme det ubehag, det føler i munden og svælget, når det spiser ny og anderledes mad
- Barnet skal lære at tro på, at forældrene virkelig mener, at det selv må bestemme

2. Spise sig mæt

I starten vil barnet først spise, når det føler hungersult. Børn, der ikke har spiseproblemer, spiser når de er sultne og holder op, når de enten ikke er sultne eller er mætte. Hungerspising kan bedst forklares som "det lille urmenneske", der bor inde i os alle, og som vækkes til live, når vi for alvor mangler mad. Barnet stopper måltidet, så snart det ikke er hungersultent længere, fordi "urmennesket" forsvinder, når der fyldt nok i. Barnet vil derfor blive sultent kort tid efter og er så igen nødt til at forholde sig til den ubehagelige

følelse i maven til at "overleve". Barnet vil derfor blive sultent kort tid efter og er så igen nødt til at forholde sig til den ubehagelige følelse i maven og vil nok vælge at spise lidt igen. Barnet vil sikkert have en "kort lunte", når det i starten sjatspiser (sv. t. det forventelige lave blodsukker). I denne fase er det meget vigtigt ikke at nægte barnet mad, fordi det vælger at spise på tidspunkter, der falder udenfor familiens vante måltider.

Hvis man som forældre forsøger at blande sig i denne proces: Hvor meget der spises, tidspunkter for måltider, madtyper osv., så får man ingen fremgang. Mange forældre er frustrerede i denne fase, fordi der som regel ikke indtages nye madvarer. Der kan endda ske yderligere indskrænkning af madtyper, så barnet vil spise yderst ensidigt.

Barnet vil som regel i løbet af kort tid begynde at spise større mængder af den trygge mad og begynde at nærme sig familiemåltidernes hyppighed og tidspunkter og dermed begynde at nærme sig familiens almindelige måltider, men spiser endnu ikke det samme som resten af familien.

3. Spise ny mad

Når barnet har fået selvstændigt ansvar og kan spise sig mæt, er det tid at tage hul på nye madvarer.

Det lille barn tilbydes tryk mad (det kan spise sig mæt i), samt mad, der næsten er magen til det, der kan spises i forvejen = nærmeste udviklingszone (som det øver sig på).

Det større barn får lov til selv at vælge, hvad det gerne vil lære at spise, fordi det giver barnet motivation. Hvis det valgte skønnes for svært i forhold til udviklingsniveauet, tages barnet med på råd om, hvordan maden kan gradueres ned i sværhedsgrad. Hvis det ikke er muligt, hjælpes det med at vælge noget nyt og nemmere at starte på og så vente lidt med det andet. For hver succes barnet oplever i forhold til mad, jo lettere er det at opnå en ny succes, idet det breder sig som positive ringe i vandet.



I starten af processen er det tit svært for forældrene at forstå, at valget af ny mad, der er så tæt på det barnet i forvejen spiser, virkelig kan gøre en forskel. Men når de ser, hvordan "ringene breder sig" og ser barnet (måske for første gang i sit liv) vise interesse for ny mad og udfordre sig selv positivt, så er de som regel med på ideen.

Forældre og det større barn forklares altid, hvilke trin spiseprocessen består af. Processen er beskrevet for mad, der tygges med kindtænderne før synk. (Spisning af skemad har en lidt anderledes proces):

- Tolerere at være i nærheden af maden
- Interagere med maden (røre med redskab)
- Lugte til maden
- Røre ved maden
- Føre maden til munden og røre med læbe eller tungespids
- Putte maden ind i mundhulen

- Flytte maden til tyggefladerne med tungespidsen
- Tygge maden med gummerne/kindtænderne
- Samle maden på tungens midterste del
- Synke maden

I USA har jeg lært at differentiere ovenstående endnu mere, så der er hele 32 trin til spisning. Disse trin tages alle i anvendelse, når et barn har svært ved at spise. Børn der gennemgår den normale spiseudvikling bruger typisk op til 25 trin, før maden er sunket.

Processen kan lyde omstændeligt for dem, der er vant til at spise al slags mad. De putter bare maden ind i munden, tygger og synker. Forsøg at forestille dig, at du på en rejse til Amazonfloden bliver inviteret på primitiv mad fra junglen bestående af levende larver, grillede fugeledderkopper, stegte abehænder osv. I det tilfælde er der meget stor sandsynlighed for, at du vil anvende de ti trin og måske stoppe, før du når til nr. 10. Det er ikke alle de større børn i behandling, der har behov for at bruge denne trininddeling i hjemmet, men den er vigtig alligevel, for den giver alle indsigt i, hvor kompliceret det kan være at spise ny mad. Det kan også give en forklaring på, hvorfor nogle børn fortæller, at de ikke kan lide maden, længe før de har fået den ind i munden.

Hvis trininddelingen anvendes, er det muligt for barnet at øve sig og opnå fremgang med en ny madvare, selv om barnet endnu ikke har turdet putte maden i munden. Barnet kan nemlig evaluere (score) sig selv, hver gang det øver sig. Jeg anvender et skema, hvor spiseprocessen indgår. Det er altid barnet selv, der stopper, når det har nået grænsen for det mulige. De er faktisk ret gode til at udfordre sig selv.

Ny adfærd ved familiemåltider

Hvis barnet vælger ny mad på tallerkenen ved et familiemåltid, er det vigtigt ikke at kommentere, samt ikke at have forventninger til, hvad barnet gør med maden. Bliver barnet overvældet af maden og vil have den væk igen, så hjælp hvis det er nødvendigt - uden at kommentere. Hvis barnet smager, så undlad at rose eller kommentere. Hvis barnet vil spytte ud igen, så lad det gøre det, men bed det være diskret af hensyn til de andre ved bordet. Hvis barnet har sunket maden, så lad som ingenting. Afvent om det vil have mere. Spørg endelig ikke og forvent ikke, at det vil smage på det samme ved næste måltid (men hav det meget gerne med på menuen, i fald det skulle ske...).

Generelt er det en rigtig dårlig idé at portionsanrette mad. Det gælder for alle børn, ikke kun dem med spiseproblemer. Lad i stedet maden stå på bordet i separate skåle, så det er muligt at vælge enkeltvarer. Det er meget vigtigt, at der på bordet står noget, som barnet vil kunne spise sig mæt i, dvs. nok af noget det kan spise – ikke nødvendigvis livretten – helst mere end en slags, så det kan vælge. Maden skal helst kunne indtages uden indblanding fra andre. Det gælder også de små børn, så snart de er i stand til at putte maden i munden (med fingre, ske eller gaffel). Den mad, der er tiltænkt barnet, skal stå sammen med den anden mad. Forældrene skal gerne spise en smule af maden, så maden er "fælles" og ikke kun barnets. Ellers kommer der let til at ske en opdeling i "din mad" og "de andres mad".

Det er en god idé at benævne maden, når det falder naturligt ind i forbindelse med måltidet, så barnet ved, hvad det skal spørge om. De små børn kan pege på det, de gerne vil have. Hvis det er muligt, så er "send videre" metoden god at anvende ved måltiderne, for så får barnet lige et nærmere kig på maden, uden at der er forventning om, at det skal tage noget. Men anvend ikke metoden, hvis det kommer til at virke påtaget, eller hvis barnet reagerer negativt.

Læg aldrig mad på tallerkenen, som barnet ikke har bedt om. Det gør du jo heller ikke med andre voksne! Jeg ved godt, at mange forældre gør det for børn, der ikke har spiseproblemer, men det gør det altså ikke til en god vane! Lad i stedet barnet sidde med en tom tallerken i starten af måltidet og afvent, at det byder ind på noget. Sidder det længe uden at byde ind, kan man forsigtigt spørge "er der noget, jeg kan hjælpe med?" Hvis der ikke er noget, det gerne vil have hjælp til, så lad barnet sidde i fred. Hyg jer som I plejer og spis jeres egen mad.

Holder I bordskik, så lad barnet sidde i aftalt tid. Holder I ikke bordskik, så lad barnet gå fra bordet, når det vil. Fortsæt måltidet og accepter ikke forstyrrelser, mens I spiser færdigt. Det er nemlig vigtigt at vise barnet, at indtagelse af mad (til man er mæt) er vigtigt for dig – og går forud for barnets behov, så længe de altså ikke er uopsættelige. Fortæl gerne, at du fortsætter med at spise, til du er mæt. Hvis barnet gerne vil have din opmærksomhed, når du er mæt eller gerne vil op på skødet, så fortæl det, at nu er din mave mæt, så nu har du tid til at have kontakt til barnet igen.



Hvis man som forælder lader sig trække væk fra måltidet, ikke får spist færdigt, prioriterer sit barn højere end mætheden, så sender man et forkert signal, er en dårlig rollemodel og sidst men ikke mindst, så har barnet tiltaget sig magten ("alfa" adfærd)

Spisning uden for familiemåltiderne

Kommer barnet efter måltidet er slut og beder om mad, er det vigtigt at anerkende dets behov og hjælpe det med at få noget at spise. Barnet skal ikke have frit valg på alle hylder, for så vil det med al sandsynlighed vælge det, der er nemmest at spise eller det, der er mest usundt. Der skal igen helst være noget at vælge imellem. Det kunne være en gentagelse af det, der stod på middagsbordet. Hvis barnet er gammelt nok til selv at finde det frem, som I får aftalt, så må det gerne arbejde for sagen.

Man skal ikke sætte sig og give barnet fuld opmærksomhed, men gøre det, man var i gang med, så snart maden er fundet frem. Hvis barnet er så lille, at det skal have hjælp, er det selvfølgelig nødvendigt at blive ved det. Nogle børn kan i starten have svært ved at spise sammen med andre, fordi der er for meget af forholde sig til (snak, virak, mad der lugter osv.). Så det er ikke nødvendigvis et fravalg af jer som familie, der gør, at det helst spiser alene, men et tilvalg, fordi det så er lettere at få spist. Det vil normalt ændre sig over tid, hvis der ikke er nogen særlige forhold hos barnet.

Hvordan kan man støtte op om spisningen med andre tiltag?

Afskærmning

Det særligt sensitive barn har behov for hjælp til at begrænse mængden af stimuli, så det ikke bliver overstimuleret, men i stedet kan rumme sanseindtrykkene, handle rationelt på dem og tilbringe mest mulig tid i en tilstand, hvor krop og hjerne trives og udvikles.

De voksne skal lære at tolke barnets sansereaktionsmønstre, så de kan nå at reagere, inden det er for sent.

Det er lettest, når der kommer en reaktion lige efter en aktivitet. Noget sværere er det med de forsinkede reaktioner: Har barnet sidst på dagen tydelige tegn på overstimulation, uden at der er sket noget særligt i den tid, man har tilbragt sammen med det, er det vigtigt at granske i, hvad der er hændt tidligere på dagen, således at det fremover er muligt at ændre på mængden af indtryk. Måske skal det helt undgå visse aktiviteter i en periode.

Forældre og andre omsorgspersoner i dets nærmiljø er derfor særligt vigtige, når barnet skal skærmes. De skal i fællesskab justere mængden af de stimuli, som barnet udsættes for, så mængden af indtryk ikke overskrider tærskelværdien, og barnet havner i det beskyttende system.

De kan også over tid lære barnet, hvordan det selv kan styre mængden af indtryk.

Fysisk behandling af barnet, som forældrene kan udføre

Er barnet fysisk uroligt, når det f.eks. sidder ved måltidet og har det svært ved at koncentrere sig? Er det ked af at blive beskidt eller våd? Så kan det måske være en idé at benytte et lille stimulationsprogram, der udføres 2-3 gange om dagen – gerne før hovedmåltiderne.

Jeg foreslår som regel forældrene at starte med at give barnet dybe muskeltryk, led-sammentrykninger og nogle gange også børstning på huden. Det tager kun få minutter og tiden er generelt givet godt ud, idet barnet bedre kan finde mærke sig selv og finde ro i egen krop og derved bedre være nærværende og rolig ved måltiderne.

Det optimale ville være, at alle børn med spiseproblemer på baggrund af sarte sanser får udarbejdet en sensorisk profil. Den gør det muligt at vurdere, om der er behov for iværksættelse af professionel sansemotorisk træning til barnet.

Er almindelig opdragelse suspenderet i behandlingsperioden?

Skal barnet føjes i alle behov, når der arbejdes med nærmeste udviklingszone, så det altid får umiddelbar behovstilfredsstillelse? Nej, selvfølgelig ikke!

Visse behov skal fortsat dækkes umiddelbart (sult, tørst, ren ble, trøst når det har slået sig eller er blevet bange). Andre frustrationer i forhold til udsættelse af behovstilfredsstillelse skal barnet lære at tackle i takt med udvikling og alder. Det er vigtigt, at man som forælder viser barnet, at dets følelser er ægte og tilladte, selv om de er negative. Samtidig skal man stå fast på det, der er stillet krav om eller sat grænser for – selv om man godt ved, at det kan betyde en hysterisk sammensmeltning. Familieterapeut Jesper Juuls nye bog "Aggression – en naturlig del af livet" omhandler dette.

For de særligt sensitive børn gælder der, at det er vigtigt at minimere den samlede mængde af indtryk og frustrationer, så barnet kan tackle sine sanseindtryk og handle rationelt på dem (i det diskriminerende system). Dette sker samtidig med, at man hjælper barnet med den almindelige udvikling.

Jo bedre man som forælder/omsorgsperson rammer komfortzonen og den nærmeste udviklingszone for barnet, jo lettere har barnet ved at lære at håndtere sine følelser, indgå i relationer, lære at udsætte egne behov og generelt udvikle sig i en positiv og alderssvarende retning.

Der er flere sidegevinster ved at hjælpe barnet med at forblive mest muligt i det diskriminerende system:

- Det vil reagere mere aldersvarende, rationelt og forventeligt på forskellige stimuli
- Det vil bedre kunne regulere sine følelser

- Det vil ikke konstant have behov for trøst og bekræftelse
- Det vil spise bedre
- Det vil sove bedre
- Det vil udvikle sig mere alderssvarende

På den anden side...

Hvis barnet og familien hjælpes på rette vej, er der lys for enden af tunnelen: Barnet vil komme til at spise mere, mere varieret, lystbetonet og selvstændigt. Familien vil nyde de afslappede familiemåltider. Familien vil begynde at få overskud til at være mere sociale. Det bliver lettere for barnet at spise hos andre og lettere for familien at tage på ferie til steder, hvor man ikke kan købe den vante mad.

Kommer børnene til at spise helt alderssvarende og lige så meget som kammeraterne? De fleste børn vil i en velkendt og rimeligt struktureret hverdag fungere inden for normalområdet. De kan ved forandringer i deres hverdag være påvirkelige i negativ retning, men det retter sig som regel hurtigt igen.

Symptomoversigter

Barnet behøver ikke at have alle symptomer for at have et væsentligt og behandlingskrævende spiseproblem. Jeg har forsøgt at opdele symptomerne i aldersgrupper. Nogle symptomer vil derfor gå igen.

Symptomer hos spædbørn

- Dårlig sutteteknik
- Sutteteknik, der giver sår på mors brystvorter
- Hørlige synk
- Skvulpe- eller kliklyde
- Bruger ikke narresut eller narresut sidder løst i munden
- Sluger meget luft
- Gylper meget/ofte
- Skriger når det lægges til
- Er urolig under måltidet
- Spiser bedst/mest om natten
- Afviser brystet/flasken
- Urolig krop
- Virrende hoved ved forsøg på at give barnet mad
- Viser ikke tegn på sult før efter mange timer

Symptomer hos småbørn

- Dårlig sutteteknik
- Bruger ikke narresut eller narresut sidder løst i munden
- Gylper meget/ofte
- Spiser bedst under afledning
- Fortsætter længe med flaske/bryst
- Har svært ved overgangskost
- Får let brækfornemmelse
- Spyttter maden ud igen
- Tolererer ikke klumpet grød



- Tolererer ikke kompliceret mad
- Kan ikke lide at røre ved mad
- Kan ikke lide at være våd/beskidt
- Nipper helst mad af skeen med formunden
- Tygger mange gange før synk eller venter længe på at det smelter
- Spiser med formunden
- Synker konsistent mad med væskesynk
- Venter på at konsistent mad opløses, så det kan væskesynkes
- Har mad liggende længe i kinderne
- Spiser bedst/mest om natten
- Virrende hoved ved forsøg på at give barnet mad
- Ubehag ved syn/evt. lugt af andres mad
- Viser ikke tegn på sult før efter mange timer
- Meget tilbageholdende over for ny mad
- Vil ikke røre ukendt mad
- Har mad siddende i kinderne efter måltidet
- Smider mad på gulvet
- Mad skal ligge adskilt på tallerkenen

Symptomer hos større børn

- Spiser kun kendt mad – ofte kun bestemte mærker (denne kan måske spises med helt normalt spisemønster)
- Meget tilbageholdende over for ny mad – nærmest fobisk
- Vil ikke røre ved ukendt mad
- Kan ikke lide at røre ved mad
- Kan ikke lide at være våd/beskidt
- Ritualpræget i sin spisning
- Ubehag ved syn/evt. lugt af andres mad
- Tygger mange gange før synk
- Tygger kød tørt
- Skyller mad ned med væske
- Er urolig/ukoncentreret under måltidet
- Får let brækfornemmelse
- Spyttter maden ud igen
- Tolerer ikke klumpet mad
- Mad skal ligge adskilt på tallerkenen
- Tolerer ikke kompliceret mad (f.eks. flere ting blandet sammen)
- Modtager mad yderst i munden
- Spiser ukendt og måske også kendt mad med formunden
- Forsøger at synke konsistent mad med væskesynk
- Har mad siddende i kinderne efter måltidet
- Viser ikke tegn på sult før efter mange timer



Typiske symptomer hos forældre til et barn med spiseproblemer

- Har stor fokus på mad og vægt
- Fører skema over vægt og føde/væskeindtagelse
- Yder et højt serviceniveau overfor barnet, så det ikke selv gør det, som det faktisk er i stand til (f.eks. selv tage ting over på tallerknen, selv øse op)
- Minder barnet om, at det skal spise
- Nøder, trygler, lokker eller presser barnet til at spise
- Roser barnet for at spise og skælder måske ud når det ikke spiser
- Afleder barnet med legetøj på bordet
- Lader barnet spise under afledning foran børnevideo/TV
- Afholder barnet fra at grise/eksperimentere med maden - det lille barn holdes f.eks., så det ikke kan holde om sutteflasken, det større barn får f.eks. ikke lov at holde skeen selv eller nå tallerknen
- Ender med at give det meste af spædbarnets døgnindtag af mad/væske om natten, når barnet er sovende eller halvsovende
- Tilbyder mad på mærkelige måder – vælger f.eks. at gå en ekstra tur med klapvognen, for der plejer barnet at spise lidt
- Er lettet, når det sidste måltid på dagen er overstået
- Orker ikke at have gæster eller tage ud - det er for besværligt og det giver for mange negative oplevelser evt. negative kommentarer
- Har en meget beskyttende adfærd overfor barnet – som om det var yngre end det er
- Hjælper barnet med andre ikke mad-relaterede ting, som det burde kunne gøre selv

Mere viden

Erfaringer fra studierejser

Jeg var i 2005 på studiebesøg på et hospital i Graz, Østrig, hvor man er specialister i sondeafvænning. Man anvender i Graz både positive og negative forstærkninger – dvs. der arbejdes ud fra barnets kompetencer (positiv), samtidig med at man skruer ned for sondemængden (negativ), så barnet presses til at selv at indtage maden frem for at få den passivt igennem sonden. Behandlingsmetoden var ny for mig og på det tidspunkt ukendt i Danmark.

Behandlingsmetoden blev på Kolding Sygehus brugt som inspiration for det fremtidige arbejde i spiseteamet. Der skete helt naturligt en tilpasning/videreudvikling til den danske kultur og til den overordnede plan, der var lagt i spiseteamet. Jeg fik samtidig mulighed for at videregive min viden fra Graz udenfor sygehuset og har holdt et utal af foredrag rundt i landet i årene efter. Metoden fik hurtigt navnet "GRAZER modellen".

I 2012 var jeg på studierejse til USA – hvor jeg tog 2 kurser hos SOS Feeding Solutions - dernæst en uges praktik hos spiseteamet på STAR center, Denver Colorado. STAR center er en nonprofit organisation, der forsker i sanseintegrationsproblemer (SPD - sensory processing disorder). Centret tager sig også af sanseintegrationsbehandling.

Spiseteamet på STAR center (spiseteamet står for undervisningen på SOS kurserne) tager sig af spise rehabilitering, der bygger på barnets kompetencer/ressourcer udelukkende ved hjælp af positive forstærkningsmetoder. De er verdenskendte og behandler patienter fra hele verden.

SOS Feeding Solutions afholder også kurser i hele verden. Jeg forventer at kunne udbyde deres kursus i Danmark i 2015. Kurserne er tværfaglige for alle faggrupper, der har med børn at gøre.



Jeg håber, at artiklen har bibragt ny viden og givet anledning til refleksion. Skulle der være uddybende spørgsmål eller kommentarer, er det muligt at kontakte mig via nedenstående medier.

Med venlig hilsen

Ulla Lebahn

E-mail Ulla@Lebahn.dk

Hjemmeside www.Lebahn.dk

Mobil 28 30 10 81

Facebook Lebahn.dk – behandling af børn med spisevanskeligheder

Indhold

Præsentation af forfatter	1
Beskrivelse af udviklingsfaserne	2
Beskrivelse af kroppens 8 sanser og 2 sansesystemer	4
Typiske spiseproblestillinger - og reaktionerne på dem	7
Intervention i forhold til sansemotoriske spiseproblemer	12
Konklusion	16
Valg af behandling	17
Hvordan kan man støtte op om spisningen med andre tiltag?	21
<i>Afskærmning</i>	21
Symptomoversigter	23
Mere viden	25